

※直接支払制度を利用し出産に要した費用が42万円（40.8万円※）に  
満たなかった場合

出産費  
家族出産費 内払金支払依頼書

					照合	係
					決定額	円
組合員証 記号番号	〇〇〇-〇〇	組合員 氏名	愛知 桃子		所属 機関名	〇〇市役所
資格取得 年月日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 令和		資格喪失 年月日	令和 年 月 日		
出産者 氏名	愛知 桃子 続柄 本人		出 産 年月日	令和 〇年〇〇月〇〇日	単胎・多胎 ( 1 児)	
出産した 場所 (医療機関等)	(名称) 〇〇〇病院					
	(所在地) 〇〇市〇〇町〇〇〇					
金 額	(明細書に記載された代理受取額)			(内払額)		
	法定給付 (1児につき) 42万円(40.8万円※)	—	400,000 円	=	20,000 円	
※産科医療補償制度対象分娩でない場合						
上記のとおり出産費・家族出産費に係る内払金の支払を依頼します。						
愛知県市町村職員共済組合理事長 様						
令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日						
住所 〇〇市〇〇町〇〇						
請求者						
氏名 愛知 桃子						
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。						
令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日						
職名 〇〇市長						
所属所長						
氏名 〇〇 〇〇						

※ 医療機関等から発行される出産費用の内訳（代理受取額）が明記されている明細書（写し）  
を必ず添付してください。ただし、明細書に出産年月日及び出生児数の記載がない場合は、  
出生証明書等それらの確認できる書類の添付も必要です。  
決定額欄は記入しないでください。