

事務局長	課長	課員

## 出産費等内払金支払請求書

※ 決定額	円
-------	---

組合員等	記号		フリガナ		所属機関	名称			
	番号		組合員氏名			所在地			
資格取得年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	資格喪失年月日	令和	年	月	日
フリガナ					続柄	認定	年	月	日
出産者氏名						平成 令和	年	月	日
出産年月日					フリガナ	生産・死産の別	1. 生産		
令和	年	月	日	出産児氏名			2. 死産		
						3. 生産・死産混在			
出産した場所 (医療機関等)	(名称)				生産の場合	生産の出生児数	1	人	
	(所在地)				死産の場合	死産児数		人	
						妊娠から	満	週	日
金額	(明細書に記載された代理受取額)				(内払額)				
	法定給付額(1児につき) 50万円(48万8千円*)	—			円	=			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等内払金の支払を請求します。									
香川縣市町村職員共済組合理事長 様									
令和 年 月 日 千									
請求者 住所									
氏名									
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。									
令和 年 月 日									
職名									
所属所長									
氏名									

(注) 医療機関等からの出産費用の内訳等が明記されている明細書及び医療機関等との直接支払制度利用の合意文書(写し)を必ず添付してください。