

事務局長	課長	課員

出産費等内払金支払請求書

		※ 決 定 額		円			
組合員証	記号	853	フリガナ	キョウサイ タロウ	所属機関	名称	〇〇市
	番号	1000	組合員氏名	共 済 太 郎		所在地	〇〇市〇〇〇町〇〇〇番地 〇〇
資格取得年月日	昭和 平成 令和	〇 年 〇 月 〇 日	資格喪失年月日	令和	年 月 日		
フリガナ	キョウサイ ハナコ		続柄	認 定	年 月 日		
出産者氏名	共 済 花 子		妻	平成 令和	〇 年 〇 月 〇 日		
出産年月日	令和	〇 年 〇 月 〇 日	フリガナ	キョウサイ サブロー	生産・死産の別	1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在	
出産した場所 (医療機関等)	(名称)	〇〇〇病院	出産児氏名	共 済 三 郎	生産の場合	生産の出生児数 1 人	
	(所在地)	〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地			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*)	—	480,000 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 〇 年 〇 月 〇 日 千 〇〇〇 - 〇〇〇〇							
請求者 住所 〇〇〇市〇〇〇町〇〇〇番地〇〇							
氏名 共 済 太 郎							
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 年 〇 月 〇 日 職名 〇〇市長							
所属所長 氏名 〇〇〇〇〇〇〇							

(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。