

別記様式（第2条関係）

出 産 費 内払金支払依頼書 差額請求書	支 払 （ 決 定 ） 額	出 産 費 家族出産費	* *	円 円
本人 家族		家族出産費		
組合員証記号番号	組合員名前	組合員生年月日	組合員資格取得日	
△△△△-△△△△	共 済 太 郎	△△△△年 △月 △日	* 年 月 日	
出産者名前	出産年月日	単胎・多胎の別	被扶養者認定日	
共 済 花 子	△△△△年 △月 △日	単胎・多胎（児）	* 年 月 日	
生 産 ・ 死 産 の 別		依 頼 （ 請 求 ） 額	出 産 費	円
生産・死産（妊娠週数満 週 日）				
出 産 し た 場 所 （ 医 療 機 関 等 ）		依 頼 （ 請 求 ） 額	家 族 出 産 費	円
名 称	所在地			
○ ○ 病院	○○市○○町△△-△△			
* 内 払 金 額 又 は 差 額	(明細書に記載された代理受取額) = (内払額又は差額)			
	法定給付（1児につき） 50万円（48万8千円※） <small>※産科医療補償制度対象分娩でない場合は48万8千円</small>		△△△, △△△ 円	△△△, △△△ 円
上記のとおり出産費等に係る内払金（差額）の支払を依頼（請求）します。 広島県市町村職員共済組合理事長 様 △△△△年 △△月 △△日				
		請 求 者	住 所 名 前	〒 △△△-△△△△ ○○市○○町△-△-△ 共 済 太 郎
上記記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 △△△△年 △△月 △△日				
		所 属 所 長	職 名 名 前	○ ○ 市 長 ○ ○ ○ ○

共済組合受付印	上記のとおり決定してよろしいか。			
	課 長	課長補佐	係 長	主 務 係

- <添付書類>
- 医療機関と取り交わした直接支払制度の利用合意書の写し
 - 出産費用の明細書の写し