

別記様式（第2条関係）

本人 家族	出 産 費 家族 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										
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												
		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												
	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）															
名称		所在地		家 族 出 産 費 円											
* 内 払 金 額 又 は 差 額	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">法定給付（1児につき）</td> <td style="text-align: center;">—</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">(明細書に記載された代理受取額)</td> <td style="text-align: center;">=</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">(内払額又は差額)</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">50万円（48万8千円※）</td> <td></td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">円</td> <td></td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">円</td> </tr> </table> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">※産科医療補償制度対象分娩でない場合は48万8千円</p>					法定給付（1児につき）	—	(明細書に記載された代理受取額)	=	(内払額又は差額)	50万円（48万8千円※）		円		円
法定給付（1児につき）	—	(明細書に記載された代理受取額)	=	(内払額又は差額)											
50万円（48万8千円※）		円		円											
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">広島県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 千 一</p> <p style="text-align: right;">請求者 住所 名前</p>															
<p>上記記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所属所長 職名 名前</p>															

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

- (注) 1 組合員証の記号番号欄には、組合員証（組合員被扶養者証）の記号番号又は個人番号を記入してください。
- 2 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（写）を必ず添付してください。
- 3 家族出産費を請求する場合において、被扶養者としての認定が、出産の前6月以内のときは、医療機関等で交付を受けた合意文書（写）（直接支払制度を利用することの代理契約書をいいます。）を添付してください。
- 4 組合が必要と認めた場合は、別途確認書類を求めることがあります。
- 5 *印欄は記入しないでください。

（この請求書に記載された事項は、電子計算組織に登録し処理を行います。）