

別記様式（第2条関係）

	出 産 費		内払金支払依頼書	支 払 ( 決 定 額)	出 産 費	* 円
本人	家 族 出 産 費	差 額 請 求 書	差 額 請 求 書	支 払 ( 決 定 額)	家 族 出 産 費	* 円
組合員等記号・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	(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）	—	円	=	円	
	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>					
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 千 一						
請求者 住所 名 前						
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						

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 組合員等記号・番号欄には、組合員等記号・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、出産の日前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。)