

< 直接支払制度を利用した場合（差額があるとき） >

別記様式（第2条関係）

出 産 費 本人 家族		内払金支払依頼書 差額請求書		支払（決定額）	出 産 費 *	円
家族 出 産 費					家族 出 産 費 *	円
組合員等記号・番号 △△△△-△△△△		組合員名 前 共 済 太 郎		組合員生年月日 △△△△年 △月 △日		組合員資格取得日 * 年 月 日
出 産 者 名 前 共 済 花 子		出 産 年 月 日 △△△△年 △月 △日		単胎・多胎の別 単胎・多胎（児）		被扶養者認定日 * 年 月 日
生 産 ・ 死 産 の 別 生産・死産（妊娠週数満 週 日）				依頼（請求額）	出 産 費	円
出 産 し た 場 所 （ 医 療 機 関 等 ） 名 称 ○ ○ 病 院 所在地 ○○市○○町△△-△△					家 族 出 産 費	円
* 内払金額又は差額	法定給付（1児につき） 42万円（40万8千円※） <small>※産科医療補償制度対象分娩でない場合は40万8千円</small>		（明細書に記載された代理受取額） △△△,△△△ 円		（内払額又は差額） △,△△△ 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 ○○市○○町△-△-△ 名前 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 ○ ○ 市 長 名前 ○ ○ ○ ○						

<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