

出産費・家族出産費 〔内払金依頼書〕
〔差額請求書〕

局長	課長	係長	係		決定額	
課長 専決						円
組合員証 記号 番号		組合員氏名			所属機関名	
組合員 資格取得年月日	平・令 年 月 日			組合員 資格喪失年月日	令和 年 月 日	
出産者氏名 及び続柄	続柄 ()			被扶養者 認定年月日	平・令 年 月 日	
出産児氏名 及び続柄	続柄 ()			出産年月日	令和 年 月 日	
出産した 医療機関 の名称及 び所在地	(名称) (所在地)			出産した 子の数	単胎・多胎 (児)	
金 額	(明細書に記載された代理受取額)			(内払金(差額))		
	法定給付(1児につき)	-		=		円
	42万円(40.4万※)		円			円
※産科医療補償制度対象分娩でない場合						
上記のとおり、内払金(差額)の支払を依頼(請求)します。					共済組合受付印	
鹿児島県市町村職員共済組合理事長 殿						
令和 年 月 日						
住所 請求者 氏名 (印)						
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。						
令和 年 月 日						
職名 所属所長 氏名 (印)						

注) 1. 医療機関等と直接支払制度を活用した旨の合意文書(写し)を添付してください。
 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(写し)を添付してください。