

直接支払制度を利用した場合に係る内払金請求専用

出産費・家族出産費内払金（差額）請求書

		決定額	出産費			
			家族出産費			
組合員証 記号番号	〇〇〇－ ××××	組合員 氏名	共済 花子			
資格取得 年月日	昭和 〇年 4月 1日 平成	資格喪失 年月日	平成	年月日		
出産者 氏名	共済 花子	続柄	本人	被扶養者 認定年月日	昭和 〇年 〇月 〇日 平成	
出産 年月日	平成 〇年 5月 1日	出生児 数の	単胎	・ 多胎 (人)		
出産又は 死産の別	生産・死産 (妊娠 〇ヶ月)	備考				
出産した場所 (医療機関等)	(名称)	〇〇〇産婦人科				
	(所在地)	〇〇〇市〇〇〇町1-2-34				
内差 額 払 請 金 求 の 額	法定給付 (1児につき) _____ 42万円 (40.4万円※)	明細書に記載された代理受取額	378,000 円	=	内払金・差額請求の額	42,000 円
※産科医療補償制度対象分娩でない場合						
上記のとおり請求します。						
大分県市町村職員共済組合理事長 様 平成 〇年 5月 9日 住所 〇〇市〇〇町 組合員 (請求者) 氏名 共済 花子印 (印)						
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 〇年 5月 9日 職名 〇〇市長 所属所長 氏名 ×× ×× 公 (印)						

<添付するもの>

- 1 医療機関等で支払について意思表示を行った書面の写し
- 2 医療機関等から交付された出産費用の内訳等が記載された請求領収・明細書 (出産年月日及び出産児数の記載のあるもの) の写し