

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 年 月 日	令和 年 月 日			出 産 した 子 の 数	単胎 ・ 多胎 (児)	
出 産 した 医 療 機 関 の 名 称 及 び 所 在 地		(名 称)				
		(所 在 地)				
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)	—		=		
	50万円 (48.8万※)	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						
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						

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。