

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)				出 産 した 子 の 数	単 胎 ・ 多 胎 (児)
	(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)	-		=		円
	42万円(40.4万※)		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。