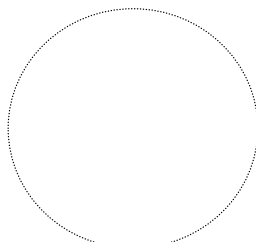
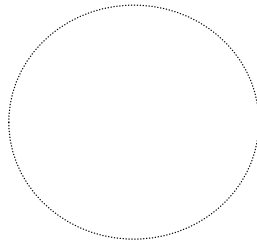


様式第1号

共済組合受付日付印

所属所受付日付印



決 裁	課長	合議	担当

(家族) 出産費 内払金依頼書
 差額請求書

組合員証号 記号番号	-	組合員 氏名		所属機関					
資格取得 年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	資格喪失 年月日	令和	年	月	日
(フリガナ) 出産者 氏名		続 柄		被扶養者 認定年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
出 産 年 月 日	令和	年	月	日	出生児 の 数	単胎・多胎 (児)			
生産又は 死産の別	生産・死産 (妊娠 月 週)			備考					
出産した場所 (医療機関等)	(名称)								
	(所在地)								
内差 払 額 依 頼 求 の 額	法定給付 (1児につき) 50万円 (48万8千円※)		明細書に記載された代理受取額		内払金・差額請求の額				
	—		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 (家族) 出産費内払金の支払を依頼します。 (家族) 出産費の差額を請求します。									
石川縣市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 住所 組合員 (請求者) 氏名									
上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。 令和 年 月 日 職名 所属所長 氏名									

〈添付するもの〉

※ 直接支払制度の利用を合意した書面の写し

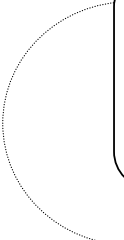
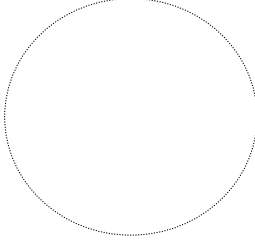
※ 医療機関等から交付される出産費用の内訳等が記されている明細書(代理受取額、出産年月日及び出生児数の記載のあるもの)の写し

様式第1号

共済組合受付日付印

所属所受付印

内払金依頼書とは、直接支払制度利用の出産において、退院時の出産費用の額が50万円未満の場合、早期にその差額の支給を受けたい場合に提出していただく依頼書となります。
 なお、通常は、出産日から2~3か月後、共済組合から組合員へ差額請求書が送られてきます。



(家族) 出産費

内払金依頼書
 差額請求書

資格喪失後の請求の場合
ご記入ください。

被扶養者が出産された場合
ご記入ください。

組合員証記号 及び番号又は 個人番号	123 - 456	組合員 氏名	共済花子		所属機関	〇〇市役所
資格取得 年月日	昭和 平成 令和	30年4月1日	資格喪失 年月日	令和	年	月 日
(フリガナ) 出産者 氏名	キョウサイ ハナコ 共済花子		続 柄	本人	被扶養者 認定年月日	昭和 平成 令和
出生 年月日	令和22年3月3日		出生児 の数	単胎・多胎 (児)		
生産又は 死産の別	生産・死産 (妊娠 ヶ月 週)		備考			
出産した場所 (医療機関等)	(名称) 〇〇病院					
	(所在地) 石川県〇〇市〇〇町〇〇番地					
内差 払額 金請 依頼 額の 額	法定給付 (1児につき) 50万円 (48万8千円※)		明細書に記載された代理受取額	480,000 円	内払金・差額請求の額 20,000 円	
※産科医療補償制度対象分娩でない場合						
上記のとおり (家族) 出産費内払金の支払を依頼します。 (家族) 出産費の差額を請求します。 石川縣市町村職員共済組合理事長 様 令和 5 年 4 月 1 日 住所 石川県〇〇市〇〇町〇〇番地 組合員 (請求者) 氏名 共済花子						
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 5 年 4 月 1 日 職名 〇〇市長 所属所長 氏名 〇〇 〇〇						

(添付するもの)

※ 直接支払制度の利用を合意した書面の写し

※ 医療機関等から交付される出産費用の内訳等が記されている明細書(出産年月日及び出生児数の記載のあるもの)の写し