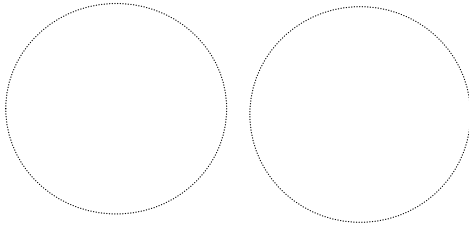


様式第1号

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

組合員等記号 及び番号又は 個人番号	-	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 ヶ 月 週)	備 考			
出 産 し た 場 所 (医 療 機 関 等)	(名 称)				
	(所 在 地)				
内 差 払 額 金 請 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