

別添様式 1

決裁	年 月 日	局 長	課 長	課長補佐	係 長	係

出産費・家族出産費 { 内払金依頼 } 書
 { 差額請求 }

ふりがな			組合員証 記号番号	(記号)	(番号)
組合員氏名					
資格取得日	年 月 日	所属機関名称			
資格喪失日	年 月 日				
出産者氏名		組合員と の続柄		出産日	年 月 日
生産又は 死産の別	生産 死産(妊娠 週)	出生児の数	単胎 多胎(人)	出生児 氏名	
出産した場所 (医療機関等)	(名称)				
	(所在地)				

請 求 金 額	法定給付(1児につき) 42万円(39万円)	(明細書に記載された 代理受取額)	円	=	(内払額または差額)	円
	産科医療補償制度対象分娩でない場合					

上記のとおり出産費・家族出産費に係る内払金の支払を依頼、または差額を請求します。

岡山県市町村職員共済組合理事長 様

平成 年 月 日

請求者 住所 〒

氏名



上記記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 年 月 日

所属所長 職名

氏名



注) 以下の添付書類を必ず添付してください。

1. 出産費の直接支払制度の利用に係る医療機関との合意文書(写し)
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)

印の欄には、記入しないでください。

決定額	内払金 差 額	円
-----	------------	---