

別添様式第1号(第2条関係)

(所属所受付印) (共済組合受付印)

決 裁	決定年月日	局長	課長	課長補佐	係長	係

出産費・家族出産費〔内払金支払依頼書〕
〔差額請求書〕

フリカゝナ			組 合 員 証 記 号 番 号 又は個人番号		
組合員氏名			所 属 所 名 称		
資格取得日	年	月		日	
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)及び日数(日)			単胎又は 多胎の別	☐ 単胎 ☐ 多胎(児)
出産した場所	(医療機関等名称) (所在地)				
請 求 金 額	法定給付		明細書に記載された代理受取額		内払額又は差額
	1児につき、50万円(※)		円		円
(※)産科医療補償制度対象分娩でない場合、48.8万円					
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又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 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。 年 月 日 職名 所属所長 氏名					

(2023.4改訂)

注)次の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の写し
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の写し

決 定 額	☐ 内払金 ☐ 差 額	円
-------------	--	---