

出産費
家族出産費

内払金支払依頼書

照合	係

決定額	円
-----	---

組合員氏名		記号番号	-	所属機関名	
-------	--	------	---	-------	--

資格取得年月日	平成 令和	年	月	日	資格喪失年月日	令和	年	月	日
---------	----------	---	---	---	---------	----	---	---	---

出産者氏名	続柄	被扶養者認定年月日	平成 令和	年	月	日	(家族出産費の場合に記入してください。)
-------	----	-----------	----------	---	---	---	----------------------

出産年月日	令和	年	月	日	出産児数	単胎・多胎(児)	1 生産	2 死産	3 生産死産混在
-------	----	---	---	---	------	----------	------	------	----------

出産の場所 (医療機関等)	(名称)
	(所在地)

金額	(法定給付額)	(明細書に記載された代理受取額)	(内払額)
	<input type="text"/> 円	- <input type="text"/> 円	= <input type="text"/> 円
	一人分支給額×胎児数		

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します。
愛知県市町村職員共済組合理事長 様
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

1 医療機関等から発行される出産費用の内訳（代理受取額）等が明記されている明細書（写し）及び直接支払制度利用合意書（写し）を添付してください。なお、明細書に出産年月日及び出産児数の記載がない場合は、出生証明書等それらの事実を確認できる書類の添付も必要となります。

2 決定額欄は記入しないでください。