

出産費・家族出産費 請求書（事前申請用）

		決定額		出産費・家族出産費	
				受取代理額	
				組合員送金額	
組合員氏名				記号番号	—
組合員住所				組合員生年月日	昭・平 年 月 日 令
資格取得年月日	昭・平 年 月 日 令			所属所名	
資格喪失年月日	令和 年 月 日			所属所住所	
出産予定者氏名		続柄		出産予定者生年月日	昭・平 年 月 日
出産予定日	令和 年 月 日	単胎・多胎 (児)		被扶養者認定年月日	平・令 年 月 日
入院する医療機関	名称				
	所在地				
<p>上記のとおり出産費（家族出産費）の請求を事前申請します。 愛知県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 請求者 氏名</p>					
<p>上記記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職名 所属所長 氏名</p>					

受取代理人の欄	組合員 甲（ ）は、医療機関等である乙（ ）を代理人と定め、次の権限を委任する。 甲が愛知県市町村職員共済組合に請求する出産費（家族出産費）のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額の受領に関する事。 令和 年 月 日				
	甲（組合員）の			住所 氏名	印
	乙（代理人）の			住所 氏名	印
	代理人が出産費（家族出産費）を受取代理することとなる金融機関				
金融機関名		銀行		支店	
預金種別		口座番号		口座名義	