

※直接支払制度を利用し出産に要した費用が42万円（40.8万円※）に
満たなかった場合

出産費
家族出産費

内払金支払依頼書

照合	係

決定額 円

組合員証 記号番号	〇〇〇-〇〇	組合員 氏名	愛知 桃子	所属 機関名	〇〇市役所
--------------	--------	-----------	-------	-----------	-------

資格取得 年月日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 令和	資格喪失 年月日	令和 年 月 日
-------------	----------------------	-------------	----------

出産者 氏名	愛知 桃子 続柄 本人	出産 年月日	令和 〇年〇〇月〇〇日	単胎・多胎 (1 児)
-----------	-------------	-----------	-------------	-----------------

出産した 場所 (医療機関等)	(名称) 〇〇〇病院
	(所在地) 〇〇市〇〇町〇〇〇

金額	(明細書に記載された代理受取額)		(内払額)	
	法定給付 (1児につき) 42万円(40.8万円※)	— 400,000 円	=	20,000 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します。

愛知県市町村職員共済組合理事長 様

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

住所 〇〇市〇〇町〇〇

請求者 氏名 愛知 桃子

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

職名 〇〇市長

所属所長 氏名 〇〇 〇〇

※ 医療機関等から発行される出産費用の内訳（代理受取額）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）を必ず添付してください。なお、明細書に出産年月日
及び出生児数の記載がない場合は、出生証明書等それらの確認できる書類の添付も必要です。
決定額欄は記入しないでください。