（様式）

出産費 家族出産費　内払金支払依頼書 差額請求書

給付科目	※決定額	※給付番号
出産費 家族出産費	円	No.

組合員等	記号	○○○	組合員氏名	共済　太郎	所属機関名	○○市
	番号	○○○	生年月日	昭和 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日		
資格取得年月日	昭和 平成 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日			資格喪失年月日	令和　年　月　日	
出産者氏名	共済　花子	続柄	妻	被扶養者認定年月日	平成 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
出産年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日			出生児の数	単胎 ・ 多胎（　児）	
出産した場所（医療機関等）	（名称）○○○産婦人科 （所在地）○○市○○町○○○-○			出産の別	生産・死産（妊娠　満　週　日）	

金額	法定給付（1児につき） 50万円（48万8千円※）	―	（領収・明細書に記載された代理受取額） 480,000 円	＝	（内払額・差額） 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（依頼 請求）します。

愛媛県市町村職員共済組合理事長　様

令和　○ 年 ○ 月 ○ 日

依頼者 請求者　住所　○○市○○町○○丁目○-○

氏名　共済　太郎

上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。

令和　○ 年 ○ 月 ○ 日

所属所長　職名　○○市長

氏名　○○　○○

1　「出産」とは、妊娠４か月以上（８５日以上）の出産・死産・早流産をいいます。
2　医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書の写し及び医療機関から交付される直接支払制度に係る代理契約に関する文書の写しを添付してください。
3　組合員であった者が退職後６月以内に出産したときや扶養認定後６月以内の被扶養者が出産したときは、下記の申立欄に必ず記入してください。（ア・イのいずれかに○印をつけてください。）

申　立　書

同一事由により他の社会保険から受けることができる出産費（分娩費）の権利は、（ア：無いこと　イ：放棄すること）を申し立てます。

令和　○ 年 ○ 月 ○ 日

出産者　氏名　共済　花子

※印欄は、記入しないでください。