出産費・家族出産費　内払金支払依頼書　差額請求書

所属所
受付年月日

決定額	円

組合員等記号・番号	○○○○　－　○○○○	組合員氏名	○○　○○	組合員生年月日	昭和 平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	
出産者氏名	○○　○○	続柄	本人	出産日	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	単胎・多胎（　　児）
出産した場所（医療機関等）	名　称	○○○○病院				
	所在地	○○市○○町○○				

金額	法定給付（1児につき）50万円(48万8千円※)	―	（明細書に記載された代理受取額） ○○○,○○○　円	＝	（内払金額・差額） ○○,○○○　円

※産科医療補償制度対象分娩でない場合

上記のとおり請求（依頼）します。

鳥取県市町村職員共済組合理事長　様

令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

住所 ○○市○○町○○

請求者

氏名 ○○　○○

【添付書類】（2点）以下の書類を必ず添付してください。

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（写し）**

医療機関等から交付される直接支払制度を利用する旨が記載された**合意文書（写し）**

決裁		局　長	次　長	課　長	合　議	主　査

（R7.4.1）