出産費請求書(差額)

局長		次長		課長		課長補佐		係長		係	

受付印必要

出産費・家族出産費 内払金依頼 / 差額請求 書

組合員証の記号・番号		組合員氏　名		組合員生年月日	
組合員住所	〒 電話　　（　　）				
出産者氏名		続柄		出産日		単胎・多胎（　　児）
出産した場所（医療機関等）	（名称）				
	（所在地）				

金額	法定給付（1児につき） **50**万円(48.8万円※)	―	（明細書に記載された代理受取額） 円	＝	（内払額または差額） 円

※産科医療補償制度対象分娩でない場合

上記のとおり出産費・家族出産費の(内払金支払の依頼 ・ 差額の請求)をします。

高知県市町村職員共済組合理事長　様

令和　　年　　月　　日

請求者　　住所　〒　　－

氏名

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

所属所長　　職名

氏名

※ 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)を必ず添付してください。
※ 直接支払制度を活用した旨の合意文書の写しを必ず添付してください。
※ 請求者の署名及び所属所長の証明欄をあらかじめ印字している場合は、必ず所属所受付印を押印してください。