

内払金支払依頼書 出産費・家族出産費 差額請求書



| | | | | |
|---|------------------------------|------------------|----------|--|
| | 決定額 | | 円 | |
| 組合員証の 記号・番号 | ○○○○ - ○○○○ | 組合員 氏名 | ○○ ○○ | |
| 出産者氏名 | ○○ ○○ | 続柄 | 本人 | |
| 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) 42万円(40万4千円※) | (明細書に記載された代理受取額) | (支給額) | |
| | | — | = | |
| | | ○○○,○○○ 円 | ○○,○○○ 円 | |
| | ※産科医療補償制度対象分娩でない場合 | | | |
| <p>上記のとおり(家族)出産費差額の支払を依頼します。</p> <p>鳥取県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日</p> <p style="text-align: right;">住所 ○○市○○町○○</p> <p>請求者 請求者の氏名を自署した場合は、押印を省略できます。</p> <p style="text-align: right;">氏名 ○○ ○○ ⑩</p> <p style="text-align: right;">請求者の氏名を自署した場合は、押印を省略できます。</p> | | | | |

【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 | | 局長 | 次長 | 課長 | 合議 | 主査 |
| 裁 | | | | | | |