

## 出産費等内払金支払依頼書(直接支払制度利用)

(添付書類) 書類の種類に必ず☑をしてください。書類が不足している場合は提出書類一式をお返しします。

書類の種類	確認 (共済)
<input type="checkbox"/> 出産費用の確認できる領収書・明細書等の写し※下記4を参照のこと	
<input type="checkbox"/> 直接支払制度についての合意文書の写し	

所属所コード			
所属機関名			
組合員番号			
組合員氏名			
出産者氏名			
出産年月日	年	月	日
出産児名及び続柄	カナ		続柄
	漢字		
出産の場所			

※ 決 定 額	出産費	円
	同附加金	円
	家族出産費	円
	同附加金	円
	合計	円

出産費等の内払金の支払いについて依頼します。

公立学校共済組合愛媛支部長 様

年 月 日

住所

組合員 氏名

---

上記の記載事項は、事実と相違ないものと確認し、提出します。

公立学校共済組合愛媛支部長 様

年 月 日

職名

所属所長 氏名

所属所受付欄		共済受付欄
--------	--	-------

- 1 ※印欄は記入しないでください
- 2 年号については、和暦で記入してください。
- 3 出産費用の内訳を記した明細書・領収書等の写し及び出産育児一時金の医療機関直接支払制度についての合意文書の写しを添付してください。
- 4 添付する明細書・領収書等の写しは、項目に「代理受取額」、「調整額」の項目があるなど、医療機関の窓口で差引かれた費用の確認できる書類を提出してください。
- 5 組合員が資格喪失後6月以内に出産する場合であって、差額分のみ支払いを依頼する場合、同一の出産について出産費又は家族出産費（国家公務員共済組合法、私立学校教職員共済法、健康保険法、船員保険法及び国民健康保険法の規定によるこれに相当する給付を含む。）の支給を別途申請しないことを確認することができる書類（医療機関等から交付される代理契約に関する文書）を添付してください。