

出産費等内払金支払依頼書

* 直接支払制度を利用した組合員は、必ず提出してください

組合員証記号番号	公立群馬 (7桁の組合員番号を記入)		
所 属 所 名		所属コード	
出 産 者 氏 名			
出産者が被扶養者となった日 (家族出産の場合のみ記入)	昭和 平成 令和	年	月 日
出 生 児 氏 名		続 柄 (例: 長男・長女)	
出 産 年 月 日	令和	年	月 日
*支部記入欄	産科医療補償制度	加 入 ・ 未 加 入	
内払金支払確認事項 (出産費用明細書により確認)	法定給付額	円	
	代理受取額	円	
	附加給付額	50,000 円	
	内払金支払額	円	
上記のとおり内払金の支払いについて依頼します。 公立学校共済組合群馬支部長 様 令和 年 月 日 住 所 請求者 (組合員) 氏 名 印			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 所 属 所 所属所長 職 名 氏 名 印			
所属所電話番号			
共済組合受付印	(注) この依頼書は、下記の請求に使用してください。 ・ 出産費附加金、又は家族出産費附加金の請求 ・ 出産費用が42万円（産科医療制度の対象でない場合は 40万4千円）に満たない場合は、その差額分の請求 1 代理受取額が記載された出産費用明細書(写し可)を添付してください。 2 医療機関等が交付する、直接支払制度利用に関する「合意文書(同意書)」(写し可)を添付してください。 3 公立学校共済組合運営規則第21条に基づき、本書は所属所長を経て提出してください。 4 出産児が第1子の場合は、保育補助申請書を同時に提出してください。		所属所受付印