

支部受付印

出産費・家族出産費等内払金支払依頼書
(差額請求・附加金請求)

所属所コード		所属所名				
組合員証 記号番号	公立石川	組合員氏名				
出 産 日	出産者の氏名					
年 月 日	出産者の続柄 (該当に○を記入)	・本人 ・被扶養者	出産児数	人	死産児数	人
*今回出産等した人数を記入してください。 (1人...1、双子...2、三つ子...3)						
組合員資格取得日	年 月 日	組合員資格喪失日 (退職日の翌日)	年 月 日			
出 産 児 氏 名			続 柄			
及 び 続 柄			続 柄			
出 産 の 場 所 (医 療 機 関 名 等)						

出産費・家族出産費等の内払金の支払について依頼します。

公立学校共済組合石川支部長 殿

令和 年 月 日

住所
請求者 氏名

印

* 共済組合記入欄(組合員の方は記入しないでください。)

■ 国保連又は支払基金支払日 令和 年 月 日

■ 出産費・家族出産費差額支給額

上限※ 42万円 - 円 = 円
法定給付(1児につき) 明細書に記入された金額 差額支給分

※産科医療補償制度対象分娩でない場合は、40万4千円が上限となる。

■ 出産費・家族出産費附加金支給額 円

(注) この依頼書に次の書類を添付してください。

- ①医療機関等が発行する出産費用の内訳を記した明細書・領収書の写し
(産科医療補償制度加入医療機関の場合、同制度の対象となる分娩を証明するスタンプのあるもの)
- ②医療機関等が発行する直接支払制度に係る合意文書の写し
(例:合意文書名「出産育児一時金の医療機関直接支払制度について」)

* 請求者氏名欄を組合員が自署する場合は押印不要です。