

直接支払制度利用者専用

- ☐ 出 産 費（差額）・同附加金
- ☒ 家族出産費（差額）・同附加金

共済組合受付印

コード
010

内払金支払依頼書

組 合 員	組合員証番号（右詰め）										組合員氏名										職員番号												
	公立 三重	9	9	0	1	2	3	4	5	公立 太郎										1	2	3	4	5	6								
	所属所コード					所属所名					資格取得日					資格喪失日																	
	4	5	2	0	0	0	共済小学校					年号 昭和	平成	2	0	0	4	0	1	年号 平成					日								
出 産 者	出産者氏名										被扶養者が出産した場合は、そ の方の被扶養者証にて確認のう え、記入してください。										出産者の被扶養者認定日												
	公立 花子										令和 0 3										年号 平成					日	2	5	0	6	0	7	
出 生 児	出生児氏名										続柄					続柄 ※1	出生年月日																
	(フリガナ) コウリツ ヨシオ										公立 良男					二男					1	2	平成					日	0	1	0	5	0
出産の場所（医療機関名等）										決定額 ※2																							
三重産婦人科クリニック										出産										妊娠4か月目（12週）以降の死産、流 産、中絶等であった場合は、その旨と何 週目であったかを記載してください。													
同																																	
上記のとおり請求します。																																	
公立学校共済組合三重支部長 様																																	
令和 1 年 5 月 10 日																																	
〒 514 - 8570																																	
住 所 津市広明町 1 3 番地																																	
請 求 者																																	
氏 名 公 立 太 郎																																	
TEL 059 - 224 - 2994																																	

※1. 裏面コード表から該当するコードを選択し、記入してください。

※2. 共済組合使用欄につき記入しないでください。

注. その他記入上の注意及び請求に必要な添付書類は裏面を御覧ください。

共済組合使用欄

審査 入力

--	--