

出産費等内払金支払依頼書
(直接支払制度利用)

所属所名	所属コード	組合員記号番号	組合員氏名
		公立長野	

出産者について

出産者氏名	続柄	出産人数	出産年月日
		人	年 月 日
出産児氏名	続柄	出産した医療機関名称	

出産費等の内払金の支払について依頼します。

公立学校共済組合長野支部長 様 住所
年 月 日 請求者 氏名

決定金額 ※共済組合使用欄		所屬所受付印
医療機関代理受取額	円	
法定給付差額	円	
出産費・家族出産費附加金	50,000 円	
組合員給付額	円	

【添付書類】

- 1 医療機関等から受け取る「出産費用の内訳を記した明細書」の写し
⇒ 出産日・出産児数が記載されているもの。産科医療補償制度利用の場合は、制度印若しくは「産科医療制度の対象分娩です。」の文言の記載があるもの。
※通常の領収書とともに発行される診療明細書とは異なります。医療機関によっては交付に申出が必要な場合があります。

【注意事項】

本支払依頼書の提出により、出産費（家族出産費）附加金及び出産に要した費用が出産費等の額（産科医療補償制度対象分娩50万円、その他48万8千円）未満であった場合にはその差額を給付金登録口座へ振り込みます。

なお、内払金振込後、審査等により医療費全額が変更された場合には、別途返還または追給が生じる場合があります。