

出産費・家族出産費 差額請求書 内払金支払依頼書

組合員証	記号	番号	所属機関名 (市・町・村・一部事務組合等)		
組合員氏名			名称		
生年月日	昭和 平成	年 月 日	所在地		
資格取得年月日	昭和 平成	年 月 日	資格喪失年月日	平成	年 月 日
出 産 者					6月以内
続柄	氏名		被扶養者認定年月日		* 該 当 非該 当
※			昭和 平成 年 月 日		
出産年月日	出産した場所 (医療機関等)				
平成 年 月 日	名称		所在地		
金 額	法定給付(1児につき)		(明細書に記載された代理受取額)		(差額・内払金)
	<input type="checkbox"/> 420,000 円 () 円 <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <input type="checkbox"/> 404,000 * 円 () 円	—	<input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/> 円	=	<input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/> 円
(多胎児の場合は、胎児数×42万円(40.4万円*)) *産科医療補償制度対象分娩でない場合					
上記のとおり出産費・家族出産費 差額を請求 します。 内払金の支払を依頼 します。 長野県市町村職員共済組合理事長 様 平成 年 月 日 住所 請求者 氏名					
所属所受付印	上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。 平成 年 月 日 職名 所属機関の長 氏名				

* 内払金支払依頼の場合は、医療機関等から交付された代理契約に関する文書の写し、出産費用の領収・明細書の写し及び多胎児の場合は、胎児数を確認できる書類(母子健康手帳等)の写しを必ず添付してください。

「組合員資格喪失後6か月以内」又は「被扶養者認定後6か月以内」の出産の場合は、下欄も必ず記入してください。

なお、下欄等の健康保険制度へ「(家族)出産育児一時金」など同様の給付を請求する場合は、当共済組合へ請求できません。

申 立 欄	健康保険制度	記号番号	被保険者氏名
	「組合員資格喪失後6か月以内」→現在加入、「被扶養者認定後6か月以内」→認定前加入、の健康保険制度を記入してください。		
	長野県市町村職員共済組合への請求にあたり、他の制度へ同様の給付を請求しないことを申し立てます。		
	平成 年 月 日		請求者氏名

※印欄は記入不要です。