

# 出産費・家族出産費 差額請求書 内払金支払依頼書

組 合 員 等	記 号	番 号	所属機関名 (市・町・村・一部事務組合等)			
			名 称			
組 合 員 氏 名			所 在 地			
生 年 月 日	昭 和 平 成	年 月 日				
資 格 取 得 年 月 日	昭 和 平 成 令 和	年 月 日	資 格 喪 失 年 月 日	令 和	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 令 和			
出 産 年 月 日		出 産 し た 場 所 (医 療 機 関 等)				
令 和 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"/> ( ) 円 <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <input type="checkbox"/> * ( ) 円	—	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/> 円	=	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/> 円	
<small>(多胎児の場合は、胎児数×50万円(48.8万円*)) *産科医療補償制度対象分娩でない場合</small>						
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  令和 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。 令和 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、下欄他の健康保険制度へ「(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。  令和 年 月 日 請求者氏名		

※印欄は記入不要です。