

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)	
			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
※			年 月 日	
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 ----- <input type="checkbox"/> * () 円	—	<input type="text"/> 円	= <input type="text"/> 円
(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				
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。 令和 年 月 日 請求者氏名		

※印欄は記入不要です。