

直接支払制度を利用した場合
に係る内払金等請求専用

出産費 家族出産費 内払金(差額)請求書

記号	〇〇〇	組合員	共済 太郎		所属	□□□	
番号	〇〇〇	氏名	共済 太郎		機関名	□□□	
組合員の資格取得年月日	取得日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	〇年〇月〇日		喪失日	令和 年 月 日	
出産者の氏名	共済 花子			出産児氏名	共済 一郎		
				出産年月日	令和 〇年 〇月 〇日		
本人・被扶養者区	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	分娩児数	<u>単胎</u> ・多胎(人)				
		出産の場所 (出産医療機関等)	<input type="checkbox"/> □□病院				
内払金等請求金額	法定給付金額	明細書記載金額	=		内払金等金額		
	420,000 円	300,000 円			120,000 円		
上記のとおり請求します。							
奈良県市町村職員共済組合理事長 殿				〒〇〇〇-〇〇〇〇			
令和 〇年 〇月 〇日				住所 奈良県□□市□□町□□番地			
				請求者 氏名 共済 太郎			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。							
令和 〇年 〇月 〇日				職名 □□□長			
				所属所長 氏名 □□ □□			

- (注) 1. この請求書は、出産費等の費用支払に関し分娩医療機関等において「直接支払制度」を利用した場合に
出産費用が出産費等の支給額(※)未滿で収まった場合に限りその内払金(差額)を請求する場合に使用
してください。
請求する際には、分娩医療機関等から交付された出産費用の領収・明細書(「直接支払制度を利用した
場合に専用請求書の内容と相違ない旨」が記載されたもの)の写しを添付してください。
2. 妊娠4ヵ月以上の胎児の死産流産については、死胎埋火葬許可書の写しを添付してください。
3. 家族出産費内払金等を請求する場合で、被扶養者が健康保険等の元被保険者であるため出産に関する給付
を請求できる権利がある場合は、別紙「他の制度による給付の受給権放棄誓約書」を添付してください。