

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		組合員		所属	
番号		氏名		機関名	
組合員の資格取得年月日	取得日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	喪失日	令和 年 月 日
出産者の氏名		出産児氏名		出産年月日	令和 年 月 日
本人・被扶養者 区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者	分娩児数		単胎・多胎 ( 人 )	
		出産の場所 ( 出産医療機関等 )			
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	
	円	円	=	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					
令和 年 月 日 住所 請求者 氏名					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。					
令和 年 月 日 職名 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。