

(短第2-2号)

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

決定額 出産費  
家族出産費 円

組合員証	記号	組合員 氏名	所属 機関名
	番号		

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	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

印

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

印

- (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。