

(家族)出産費 内払金支払依頼書

組合員証の 記号・番号	北都市 第 号	組合員氏名		組合員 生年月日	年 月 日
組合員住所	〒 電話 ()				
出産者氏名		続柄	出産日	年 月 日	単胎・多胎 (児)
出産した場所 (医療機関等)	(名称)				
	(所在地)				
金額	(明細書に記載された代理受取額)		(内払額)		
	法定給付額(※)	—	円	=	円
※地方公務員等共済組合法施行令第23条の4に定める額 産科医療補償制度対象となる出産の場合は総務省令で定める金額を加算した金額					
上記のとおり(家族)出産費内払金の支払を依頼し、請求します。 北海道都市職員共済組合理事長 様 年 月 日 請求者 住所 〒 氏名					
上記記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 所属所長 職名 氏名					

医療機関等からの出産費用の内訳等が明記されている明細書(写し)を必ず添付してください。