

(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 | 昭和 平成 令和 | 年 月 日 |
| 組合員住所 | 〒 電話 () | | | | | |
| 出産者氏名 | | 続柄 | | 出産日 | 令和 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(1児につき) 42万円(40万4千円※) | — | 円 | = | 円 | |
| ※産科医療補償制度対象分娩でない場合 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 令和 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。 令和 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。