

〔記入例〕

別添様式1

(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 ××年 ××月 ××日 令和
組合員住所	〒 ×××-×××× ○○市○○町×丁目×-× 電話 ××× (××) ××××				
出産者氏名	○○ ○○	続柄	○	出産日	令和 ××年 ×月 ××日 単胎・多胎 (1 児)
出産した場所 (医療機関等)	(名称) ○○病院 (所在地) ○○市○○町×丁目×-×				
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(※)	—	×××,××× 円	=	××,××× 円
※産科医療補償制度対象分娩でない場合は、当該制度の掛金相当額を控除した額					
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 令和 ××年 ××月 ××日		請求者 住所 〒 ×××-×××× ○○市○○町×丁目×-× 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 ○○市長 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。