

出 産 費 家 族 出 産 費

内 払 金 依 頼 書
 差 額 請 求 書

育児書配付の希望調査欄
(✓を付けてお知らせください)

希望する
 希望しない

※希望者→別途配付申込書要提出

組合員証	記号	番号	組合員氏名	所属所名
個人番号 ※		※ 組合員証記号・番号を記入の場合は不要です。		
資格取得年月日	出産した場所		(医療機関の名称等)	
資格喪失年月日			(医療機関等所在地)	
出産した者氏名	組合員との続柄	出産した年月日	生産又は死産の別	
		平成 年 月 日	1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在	
出産児の氏名	「生産」の場合の出生児数	「死産」の場合の死産児数	「死産」の場合、妊娠からの週数及び日数	
	人	人	満 週 日	
出産した者の個人番号 ※		※ 組合員証記号・番号を記入の場合は不要です。		
申請額又は請求額	法定給付(1児につき)		明細書に記載された代理受取額	
	42万円 (40.4万円 ※)		—	円
内 払 金 額 又 は 差 額				
円				
※産科医療補償制度対象分娩でない場合の額				
上記のとおり、内払金(差額)の支払を依頼(請求)します。 熊本県市町村職員共済組合理事長 様 平成 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center; gap: 20px;"> 請求者住所 (組合員)氏名 印 </div>				
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center; gap: 20px;"> 職名 所属所長氏名 印 </div>				

- ※ この様式は、直接支払制度を活用した場合に使用する様式です。
 ※ この請求(依頼)書に、次の書類を添付して提出してください。
 (1) 医療機関等から交付される「直接支払制度を利用する旨を合意した文書の写し」
 (2) 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の写し」

共済組合使用欄 (これより以下には記入しないでください。)

決定伺	課長	課長補佐	係長	係員
下記のとおり決定してよろしいか。				
※ 決定額	円			
摘要				



育児書（赤ちゃんとママ）配付申込書

組合員証		出産者（母）氏名	送付先	（指定の住所を記入してください。） 住 所
記号	番号			
			<div style="display: flex; justify-content: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">□</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">□</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">-</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">□</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">□</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">□</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">□</div> </div>	