受 付 印

決裁	事務局長	次　長	課　長	課長補佐	G　L	担　当	合　議

※ 決 定 年 月 日

（別紙様式）

出　産　費
家 族 出 産 費 差額請求書

決定額	出　産　費 家族出産費 差額	円

組合員等記号・番号	—	組合員氏　名		所属所名	

資格取得年月日	年　月　日	資格喪失年月日	年　月　日
出産者氏名 組合員との続柄	続柄 （※　年　月　日認定）	出産年月日	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

（法定給付額）1児につき50万円（48万8千円＊）円 ＊産科医療補償制度対象分娩でない場合 — （明細書に記載された代理受取額）円 ＝ （差額）円

上記のとおり請求します。

滋賀県市町村職員共済組合理事長 殿

年　月　日　　住 所

請 求 者

氏 名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年　月　日　　職 名

所属所長

氏 名

（注）1　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及び直接支払制度を活用する旨の合意文書を必ず添付してください。

2　※印欄は記入しないでください。