

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				決 定 額	出 産 費 ・ 家族出産費		* 円
組合員証の 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		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)			(差額)			
	法定給付(1児につき) 42万円(40万4千円※)			—	<input type="text"/>	=	<input type="text"/>
※産科医療補償制度対象分娩でない場合							
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 様 年 月 日 請求者 住所 氏名 印							
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 印							

(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。