出　産　費
家族出産費　請　求　書（差額用）

決裁	課　長	係　長	主　任	副主任		決　定　額	※ 円

組合員証	記　号		組合員 氏　名		所　属 所　名	
	番　号					

資格取得 年　月　日	昭　和 平　成　　年　　月　　日 令　和	資格喪失 年　月　日	令和　　年　　月　　日
出産者氏名		出産年月日	令和　　年　　月　　日
出産の場所			

請求金額	法定給付（１児につき） ４２万円（４０万８千円※）	－	(明細書に記載された代理受取額) 円	＝	(差　　額) 円

※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。

京都府市町村職員共済組合理事長　様

令和　　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。

令和　　年　　月　　日

職　名

所属所長

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。