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

組合員等	記号		組合員氏名		所属所名	
	番号					

資格取得年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	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） ５０万円（４８万８千円※）　－　（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。