

理事長	局長	次長	課長	副課長	主幹	副主幹	係
○							

(同) 下記のとおり支給してよろしいか。

共済記入欄	起案日	/
	支給日	/

(資格喪失後6か月以内の出産で直接支払制度を利用しない場合)

## 出産費・家族出産費・(附加金) 請求書

下記のとおり請求します。

兵庫県市町村職員共済組合理事長 様

請求金額	420,000	円
決定額	出産費	円
	家族出産費	円
	附加金	20,000円

請求日	平成 28 年 12 月 15 日			所属所名	〇〇市
組合員証記号番号	所属所	企業	番号		
	2 8 2		3 9 8 7		

組合員氏名	共済 春子	取年月日	昭和 20 年 4 月 1 日	喪失年月日	平成 28 年 12 月 1 日	出産費	在職中	喪失後 6か月以内
-------	-------	------	-----------------	-------	------------------	-----	-----	-----------

出産者氏名	共済 春子	続柄 (本人)	認年月日	昭和 年 月 日	取年月日	平成 年 月 日	家族出産費	認定後 6か月経過	認定後 6か月以内
-------	-------	---------	------	----------	------	----------	-------	-----------	-----------

フリガナ	キョウサイ ハナコ	出産年月日	平成 28 年 12 月 6 日	出産の場所	〇〇県〇〇市〇〇町 234 共済産婦人科医院
出産児名	共済 花子	続柄 (長女)			

喪失 (認定) 後6か月以内の請求時  
現在 (以前) の医療保険制度加入状況

申立書  
本組合と他の医療保険制度双方に受給権がある場合

- 社会保険加入
- 国保加入
- 被扶養者として認定

今回の出産に際し、  
 本組合の家族出産費を請求し、以前加入の社会保険には出産費を  
 本組合の出産費を請求し、現在加入中の社会保険には家族出産費を  
請求しないことを申し立てます。

勤務先及び 保険証の記号番号 日本海銀行 123-456

平成 28 年 12 月 15 日

組合員氏名 共済 春子

医師又は助産師の証明  
平成 28 年 12 月 6 日 共済 春子 は(出産)・死産・早流産 (妊娠 か月・週) したことを証明する。

平成 28 年 12 月 8 日

住所 〇〇県〇〇市〇〇町 234

証明者 共済産婦人科医院

氏名 兵庫 和子

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 28 年 12 月 15 日

職名 〇〇市長

所属所長

氏名 保健 次郎

共済組合  
受付印

配偶者の勤務先および保険証の記号番号を記入してください。

事例は喪失後のため、附加金は支給されません。

- 太線の中を記入してください。(ただし、    部分は記入しないでください。)
- 喪失(認定)後6か月以内の出産の場合は、他社会保険に請求しない旨の「申立書」に必ず記入してください。
- 双子の場合は、各々請求書を作成してください。