

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	/

(扶養認定後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	(家族出産費 附加金) 42万 + 2万	決定額	出産費	円
	440,000円		家族出産費 附加金	

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				
	7 4 6		1 2 2 1				

組合員氏名	共済 太郎 (印)	取年月日	昭和 20 年 4 月 1 日	喪失年月日	平成 年 月 日	喪失後	6か月以内
		取得年月日	平成 年 月 日				

出産者氏名	共済 春子	続柄 (妻)	取年月日	昭和 28 年 12 月 1 日	認定年月日	平成 年 月 日	認定後	6か月経過	認定後	6か月以内
			取年月日	平成 年 月 日						

フリガナ	キョウサイ イチロウ	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 8823 近畿共済病院
出産児名	共済 一郎	続柄 (長男)			

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

<input checked="" type="checkbox"/> 社会保険加入 <input type="checkbox"/> 国保加入 <input type="checkbox"/> 被扶養者として認定 勤務先及び 保険証の記号番号 北洋汽船(株) 123-456	今回の出産に際し、 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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。 平成 28 年 12 月 15 日 組合員氏名 共済 太郎 (印)
---	--

医師又は助産師の証明	平成 28 年 12 月 6 日 共済 花子 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 8823 証明者 近畿共済病院 産婦人科 氏名 兵庫 和子 (印)
------------	--

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 (印)

共済組合
受付印

- 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。

被扶養者の以前の勤務先および保険証の記号番号を記入してください。