

決 裁	理事長	局長	次長	課長	副課長	主幹	副主幹	係
	○							

(伺) 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	/

出産費・家族出産費（・附加金）請求書〈直接支払用〉

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

請求日	平成 年 月 日	請求金額	円	決定額	出産費 420,000円 家族出産費 20,000円 附加金	送金額	法定 円 附加金 20,000円 合計額 円
組合員証 記号番号	所属所	企業	番号	所属所名			
組合員氏名	昭和 年 月 日 平成 年 月 日		取年月日 喪失日	出産費	在職中 ・ 喪失後 6か月以内		
出産者氏名	昭和 年 月 日 平成 年 月 日		認年月日 取年月日	家族 出産費	認定後 6か月经過 ・ 認定後 6か月以内		
フリガナ 出産 児名	平成 年 月 日		出産年月日	出産の 場所			
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 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 <small>保険証の 記号番号</small>				今回の出産に際し、 <input 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 年 月 日 組合員氏名			

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 年 月 日 職 名
所属所長 氏 名

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。