

|        |     |    |    |    |     |    |     |   |
|--------|-----|----|----|----|-----|----|-----|---|
| 決<br>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 | / |

(直接支払制度を利用し、出産費用が43万円の場合)

## 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 28 年 12 月 15 日   |    | 請求金額   | (附加金のみ)<br>20,000 円         |  | 決定額        | 出産費<br>420,000円       | 送金額                      | 法定  | 円   |         |
|   |                     |    |  |                             |  |            | 家族<br>出産費             |                          |     | 附加金 | 20,000円 |
|   |                     |    |  |                             |  |            | 附加金                   |                          | 合計額 | 円   |         |
| 組合員証<br>記号番号  | 所属所                 | 企業 | 番号   |                             |  | 所属所名       | 〇〇市                   |                          |     |     |         |
|   | 7 4 6               |    | 1 2 2 1  |                             |  |            |                       |                          |     |     |         |
| 組合員氏名   | 共済 太郎               |    | 取年月日<br>得日   | 昭和 20 年 4 月 1 日<br>平成 年 月 日 |  | 喪失年月日      | 出産費                   | 在職中 ・ 喪失後 6か月以内          |     |     |         |
| 出産者氏名   | 共済 春子               |    | 認年月日<br>定日   | 昭和 20 年 4 月 1 日<br>平成 年 月 日 |  | 取年月日<br>消日 | 家族<br>出産費             | 認定後 6か月经過 ・ 認定後 6か月以内    |     |     |         |
| フリガナ<br>出氏<br>産<br>児名   | キョウサイ イチロウ<br>共済 一郎 |    | 出<br>産<br>年<br>月<br>日  | 平成 28 年 12 月 6 日            |  |            | 出<br>産<br>の<br>場<br>所 | 〇〇県〇〇市〇〇町 8832<br>近畿共済病院 |     |     |         |
| 喪失(認定)後6か月以内の請求時<br>現在(以前)の医療保険制度加入状況   |                     |    | 申 立 書<br>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="radio"/> 社会保険加入<br><input type="radio"/> 国保加入<br><input type="radio"/> 被扶養者として認定<br>勤務先及び <small>保険証の<br/>記号番号</small> |                     |    | 今回の出産に際し、<br><input type="radio"/> 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<br><input type="radio"/> 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<br>請求しないことを申し立てます。<br>平成 年 月 日<br>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 28 年 12 月 15 日

職 名 〇〇市長  
所属所長

氏 名 保健 次郎



- 1 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。)
- 2 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。
- 3 双子の場合は、各々請求書を作成してください。