

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

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	円	決定額	出産費	円
			家族 出産費 附加金	

請求日	平成 年 月 日								所属所名	
組合員証 記号番号	所属所	企業	番号							
	組合員氏名	⑩						取年月日 得日	昭和 年 月 日	出産費
喪失年月日							平成 年 月 日			
出産者氏名	続柄 ()						認年月日 定日	昭和 年 月 日	家族 出産費	認定後 6か月経過 ・ 認定後 6か月以内
取年月日 消日							平成 年 月 日			
フリガナ 出産 児名	続柄 ()						出産 年月日	平成 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 ⑩					
医師 又は 助産師 の証明	平成 年 月 日 _____ は出産・死産・早流産（妊娠 か月・ 週） したことを証明する。 平成 年 月 日 住所 _____ 証明者 _____ 氏名 _____ ⑩									

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 _____ ⑩

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。