

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		500,000 円		決定額	出産費	円
					家族出産費	円
					附加金	20,000円
請求日	令和 5 年 5 月 1 日					
組合員証 記号番号	所属所	企業	番号			
	1 1 1		1 2 3 4			
所属所名	〇〇市					
組合員氏名	共済 春子		取年月日	昭和 平成 23 年 4 月 1 日	喪失年月日	令和 5 年 2 月 1 日
出産者氏名	共済 春子		認年月日	昭和 平成 年 月 日	取年月日	令和 年 月 日
生死 又は別	生産		出産年月日	令和 5 年 4 月 10 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="radio"/> 社会保険加入 <input type="radio"/> 国保加入 <input checked="" type="radio"/> 被扶養者として認定			今回の出産に際し、 <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 <input checked="" 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 請求しないことを申し立てます。 令和 5 年 5 月 1 日 組合員氏名 共済 春子			
医師又は助産師の証明	令和 5 年 4 月 10 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。 令和 5 年 4 月 10 日 住所 〇〇県〇〇市〇〇町 234 共済産婦人科医院 証明者 氏名 医師 兵庫 和子					
上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。						共済組合 受付印
令和 5 年 5 月 1 日 職名 〇〇市長 所属所長 氏名 保健 次郎						

事例は喪失後のため、附加金は支給されません。

添付書類で確認できる場合は不要です。

- 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。