

決裁	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	<b>家族出産費 附加金</b> 50万 + 2万 <b>520,000円</b>	決定額	出産費 家族 出産費 附加金	円
				20,000円

請求日	令和 5 年 5 月 1 日			所属所名	<b>〇〇市</b>
組合員証 記号番号	所属所	企業	番号		
	<b>746</b>		<b>1919</b>		

組合員氏名	<b>共済 太郎</b>	取年月日	昭和 <b>28</b> 年 4 月 1 日	出産費	在職中	喪失後 6か月以内
		得日	令和 年 月 日			
喪失年月日		令和 年 月 日				

出産者氏名	<b>共済 春子</b>	取年月日	昭和 <b>5</b> 年 2 月 1 日	家族 出産費	認定後 6か月経過	認定後 6か月以内
		得日	令和 年 月 日			
認定年月日		令和 年 月 日				

生死 産別の は別	<b>生産</b> ・ 死産	出産年月日	令和 5 年 4 月 10 日	出産の場所	<b>〇〇県〇〇市〇〇町 888 近畿共済病院</b>
-----------------	----------------	-------	-----------------	-------	---------------------------------

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	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。 令和 5 年 5 月 1 日 組合員氏名 <b>共済 太郎</b>
---	--

医師 又は 助産師 の証明	令和 5 年 4 月 10 日 <b>共済 春子</b> は <b>出産</b> ・ 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 <b>〇〇県〇〇市〇〇町 888 近畿共済病院 産婦人科</b> 証明者 氏名 <b>医師 近畿 京子</b>
------------------------	---

上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。 令和 5 年 5 月 1 日 職名 <b>〇〇市長</b> 所属所長 氏名 <b>保健 次郎</b>	共済組合 受付印
---	-------------

添付書類で確認できる場合は不要です。

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。