

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	20,000円

請求日	令和 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					取年月日	昭和 平成	年	月	日	出産費	在職中 ・ 喪失後 6か月以内
					喪年月日	令和	年	月	日		
出産者氏名					認年月日	昭和 平成	年	月	日	家族 出産費	認定後 6か経過 ・ 認定後 6か月以内
					取年月日	令和	年	月	日		
統 柄 コ ー ド											
生死 産又 は別	生産 ・ 死産				出 産 年 月 日	令和	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					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。 令和 年 月 日 組合員氏名						
医師 又は 助 産 師 の 証 明	令和 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。										
	令和 年 月 日 住所 証明者 氏名										

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 年 月 日 職 名  
所属所長 氏 名

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。