

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	家族出産費 附加金 50万 + 2万 520,000 円	決定額	出産費 家族 出産費 附加金	円
				20,000円

請求日	令和 7 年 1 月 1 日			所属所名	〇〇市
組合員等 記号番号	所属所	企業	番号		
	746		1919		

組合員氏名	共済 太郎	取年月日 得日	昭和 平成 29 年 4 月 1 日 令和	喪年月日 失日	令和 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 定日	昭和 平成 6 年 8 月 1 日 令和	取年月日 消日	令和 年 月 日	家族 出産費	認定後 6か月経過	認定後 6か月以内
-------	--------------	------------	-----------------------------------	------------	----------	-----------	--------------	----------------------

生死 産別の は別	生産 ・ 死産	出 産 年 月 日	令和 6 年 12 月 10 日	出 産 の 場 所	〇〇県〇〇市〇〇町 888 近畿共済病院
-----------------	----------------	-----------------------	------------------	-----------------------	---------------------------------

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 7 年 1 月 1 日 組合員氏名 共済 太郎
---	--

医師 又は 助産師 の証明	令和 6 年 12 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 7 年 1 月 1 日 住所 〇〇県〇〇市〇〇町 888 近畿共済病院 産婦人科 証明者 氏名 医師 近畿 京子
------------------------	---

上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。 令和 7 年 1 月 1 日 職 名 〇〇市長 所属所長 氏 名 保健 次郎	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。