

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〈直接支払用〉

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

請求日	令和 年 月 日	請求金額	円	決定額	出産費 500,000円 家族出産費 20,000円 附加金	送金額	法定 附加金 20,000円 合計額	円
組合員等 記号番号	所属所	企業	番号		所属所名			
組合員氏名	取得日 昭和 平成 年 月 日 令和 年 月 日		喪失日 令和 年 月 日		出産費	在職中 ・ 喪失後 6か月以内		
出産者氏名	認定日 昭和 平成 年 月 日 令和 年 月 日		取消日 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 又 の 別	生産 ・ 死産		出 産 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				

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。