

理事	長	局長	次長	課長	副課長	主幹	副主幹	係
決								
裁	○							

(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	/

(直接支払制度を利用し、出産費用が49万円の場合)

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 7 年 1 月 1 日		請求金額	50万 - 49万 + 2万 出産費 出産費用 附加金 30,000 円		決定額	出産費	500,000円	送金額	法定	円
							家族費			附加金	20,000円
							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	〇〇市				
	282		3978								
組合員氏名	共済 春子		取年月日	昭和 平成 31年 4 月 1 日 令和		出産費	在職中 ・ 喪失後 6か月以内				
			喪失年月日	令和 年 月 日							
出産者氏名	共済 春子		認年月日	昭和 平成 年 月 日 令和		家族 出産費	認定後 6か月経過 ・ 認定後 6か月以内				
			取年月日	令和 年 月 日							
生死 産又は別	生産 ・ 死産		出産年月日	令和 6 年 12 月 25 日		出産の場所	〇〇県〇〇市〇〇町 12-3 共済産婦人科医院				
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 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 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

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。