

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	/

(直接支払制度を利用し、出産費用が51万円の場合)

## 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	(附加金のみ) <b>20,000</b> 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 <b>746</b>	企業	番号 <b>1221</b>	所属所名	<b>〇〇市</b>			
組合員氏名	<b>共済 太郎</b>		取年月日 昭 平 令和 得日 <b>30</b> 年 4 月 1 日	喪年月日 令和 年 月 日	出産費	在職中 ・ 喪失後 6か月以内		
出産者氏名	<b>共済 春子</b>		認年月日 昭 平 令和 定日 <b>6</b> 年 8 月 1 日	取年月日 令和 年 月 日	家族 出産費	認定後 6か月経過 ・ <b>認定後</b> 6か月以内		
生死 産又は別	<b>生産</b> ・ 死産		出 産 年 月 日	令和 <b>6</b> 年 <b>12</b> 月 <b>25</b> 日	出 産 の 場 所	<b>〇〇県〇〇市〇〇町 8832 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 <b>6</b> 年 <b>12</b> 月 <b>30</b> 日 組合員氏名 <b>共済 太郎</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 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。