

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
組合員等 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か月経過	認定後 6か月以内
		取年月日	令和 年 月 日			
		続柄 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="radio"/> 社会保険加入 <input type="radio"/> 国保加入 <input type="radio"/> 被扶養者として認定	今回の出産に際し、 <input type="radio"/> 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="radio"/> 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	
--	---

- 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。