

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	/

(資格喪失後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		500,000 円		決定額	出産費	円
					家族出産費	円
					附加金	20,000円
請求日	令和 7 年 1 月 1 日					
組合員等 記号番号	所属所	企業	番号			
	111		1234			
所属所名		〇〇市				
組合員氏名	共済 春子		取年月日	昭和 平成 令和	24年 4月 1日	出産費
			喪年月日	令和 6年 8月 1日		
出産者氏名	共済 春子		認年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	家族出産費
			取年月日	令和 年 月 日		
生死 産別の別	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 234 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="radio"/> 社会保険加入 <input type="radio"/> 国保加入 <input checked="" 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 checked="" 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 7 年 1 月 1 日 組合員氏名 共済 春子			
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 6 年 12 月 10 日 住所 〇〇県〇〇市〇〇町 234 共済産婦人科医院 証明者 氏名 医師 兵庫 和子					
上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。						<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 共済組合 受付印 </div>
令和 7 年 1 月 1 日 職名 〇〇市長 所属所長 氏名 保健 次郎						

事例は喪失後のため、附加金は支給されません。

添付書類で確認できる場合は不要です。

- 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。