

出 産 費
支 給 申 請 書 (受 取 代 理 用)
家 族 出 産 費

決 定 額	出 産 費	*	円
	家 族 出 産 費	*	円
	受 取 代 理 額	*	円
	組 合 員 送 金 額	*	円

組 合 員 が 記 入 す る 欄	組合員証等 記号番号		組合員氏名		組合員資格		任意継続組合員資格			
	記号	番号			取得	*	年 月 日	取得	*	年 月 日
					喪失	*	年 月 日	喪失	*	年 月 日
	出産予定者名		出産予定日		単胎・多胎の別		被扶養者認定日			
			年 月 日		単胎・多胎 (児)		* 年 月 日			
	出産予定医療機関等									
	名称		所在地		〒					
	申請者又は出産予定者が出産予定日から6カ月以内に共済組合の資格を既に喪失している場合は、以下の①又は②のいずれかに記載をしてください。									
	①		申請者本人の退職等により、共済組合の組合員資格を喪失した後、6カ月以内に出産することによる申請である場合、資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号				保険者名			
							記号・番号			
②		申請者本人の家族が被扶養者認定後、6カ月以内に出産することによる申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号				保険者名				
						記号・番号				
上記のとおり出産費(家族出産費)の請求を申請します。 山口県市町村職員共済組合理事長 様										
年 月 日				申請者		住 所		氏 名		印
				(組合員)						
上記の記載事項は、事実と相違ないことを認めます。										
年 月 日				所属所長		職 名		氏 名		印

受 取 代 理 人 の 欄	組合員 (以下「甲」という。)は、医療機関等である (以下「乙」という。)を代理人と定め、次の権限を委任します。また、甲は、出産費及び家族出産費(以下「出産費等」という。)の医療機関等への直接支払制度は利用しません。									
	甲が請求する出産費等のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額(出産費等の支給額を上限とする。)の受領に関すること。									
	年 月 日		住 所		組 合 員 (甲)		氏 名		印	
			所在地		医 療 機 関 等 (乙)		氏 名		印 電 話 ()	
受取代理人に		銀行		金庫		信組		店・本店		
対する支払金								支店・出張所		
融機関		預金種別		口座番号		口座名義		(フリガナ)		
		1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段								

共済組合受付印	上記のとおり決定してよろしいか。		
	課長	係長	係

注) 1. *印欄は記入しないでください。
2. 組合員証等の記号・番号が不明なため該当欄に記入できない場合は、共済組合が定める「個人番号申告票」の添付に代えることができます。