

出産費 ・ 家族出産費 支給申請書 (受取代理用)

組合員が記入する欄	組合員証等 記号・番号 △△△-△△△		組合員氏名 共済 太郎		組合員生年月日 平成△△年△△月△△日		資格取得年月日 平成△△年△△月△△日		資格喪失年月日 年 月 日				
	所属所名 〇〇市		出産者氏名 共済 花子		続柄 妻	※出産者扶養認定年月日 平成△△年△△月△△日		出産予定日 平成△△年△△月△△日		単胎・多胎の別 単胎・多胎 (児)			
	出産予定医療機関等												
	名称 〇〇〇〇		所在地 〒 △△△-△△△△ 〇〇市〇〇町△△-△△										
	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 平成△△年△△月△△日 申請者 住所 氏名 〇〇市〇〇町△△-△△ 共済 太郎 (組合員) 印												
上記の記載事項は、事実と相違ないことを認めます。 平成△△年△△月△△日 所属所長 〇〇市長 山口 次郎 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。)の受領に関する事。 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 ()											
	受取代理人に対する支払金		銀行 金庫 信組		店・本店						支店・出張所	
	融機関		預金種別 1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段		口座番号		口座名義 (フリガナ)					

注) 1 ※欄は、出産者が被扶養者の場合に記入してください。
2 組合員証等記号・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。

下記のとおり決定してよろしいか。

共済組合使用欄											
決定額	出産費	円	給種		140	続柄	番号	多胎	共済組合受付印		
	家族出産費	円	150								
	受取代理額	円									
	組合員送金額	円									