

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		組合員生年月日		資格取得年月日		資格喪失年月日		
	-				年 月 日		年 月 日		年 月 日		
	所属所名		出産者氏名		続柄	※出産者扶養認定年月日		出産予定日		単胎・多胎の別	
						年 月 日		年 月 日		単胎・多胎 (児)	
	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											
令和 年 月 日				申請者		住 所				氏 名	Ⓜ
				(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。											
令和 年 月 日				所属所長						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。										
	令和 年 月 日				住 所						氏 名
				組 合 員 (甲)							
				氏 名							
				所在地							
				医療機関等(乙)						氏 名	Ⓜ 電話 ()
受取代理人に対する支払金				銀行		金庫		店・本店			
融機関				信組				支店・出張所			
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									
	家族出産費	円									
	受取代理額	円									
	組合員送金額	円									
		給種	140	続柄	番号					多胎	
			150								
											共済組合受付印