

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		
	△△△-△△△		共済 太郎		△△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	
	〇〇市		共済 花子		妻	△△年△△月△△日		△△年△△月△△日		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 令和△△年△△月△△日 申請者 住所 氏名 △△△-△△△△ 〇〇市〇〇町△△-△△ 共済 太郎 (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 〇〇市長 山口 次郎											

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 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 信組 店・本店 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 2:当座 3:別段		4:通知 5:貯蓄						

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	事務局長	事務局次長	課長	担当		
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	
---------	--