

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		
	—				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カ月以内に出生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カ月以内に出生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（自署） (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											

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									
融機関		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）					

1. ※欄は、出産者が被扶養者の場合に記入してください。
2. 請求者（通常は組合員）が自署できない場合は、代理人が請求者氏名及び代理人氏名を連名で自署してください。
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。

※共済組合使用欄	受付印	決定してよろしいか		給種	続柄等	決定額	
		課 長	担 当	出産費 140	0 多胎	出産費 家族出産費	
				家族出産費 150		受取代理額	
					多胎	組合員送金額	