

課長	係長	係員

伺 下記のとおり支給して
よろしいか。

出産費・家族出産費（附加金）請求書（140・150）

入力	
----	--

下記のとおり請求します。

茨城県市町村職員共済組合理事長 様

請求金額		円		決定金額	円	出産費等	円
						附加金	30,000 円
						合計	円
請求日	年 月 日			所属所			
組合員証号			-				
組合員氏名	Ⓜ			取得喪失認定取消	年月日	事由	出産費
出産者氏名	(続柄)			年月日	年月日		在職中・喪失後6ヵ月以内
ふりがな	(続柄)			年月日	年月日		家族出産費
出産児名	(続柄)			年月日	年月日		認定後6ヵ月経過・認定後6ヵ月以内
出産の場	施設所在地			施設名			
医師又は助産師の証明	※直接支払制度を利用しない場合のみ 年 月 日 は 出産 ・ 死産 ・ 早流産 (妊娠 簡月) したことを証明する。 年 月 日 住所 証明者 病院名 氏名 Ⓜ						
認定後6ヵ月以内の被扶養者	認定前の加入状況	【①の場合】認定後6ヵ月以内の家族出産費の請求時の申立書 ①他社会保険加入 ②国保加入 ③被扶養者として認定 保険証の記号番号 _____ 私の被扶養者 _____ は、 _____ 年 月 日に会社等を退職し、 _____ 年 月 日に出産しました。退職後6ヵ月以内の出産であるため、以前の勤務先で加入していた社会保険に出産費を請求できますが、今回、家族出産費を請求することとしました。 したがって、以前加入の社会保険には、出産費を請求しないことを申し立てます。 _____ 年 月 日 Ⓜ					
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 _____ 年 月 日 職名 所属所長 氏名 Ⓜ							

- 太線の中を記入してください。
- 被扶養者に係る認定後6ヵ月以内の出産の場合は、前社会保険に出産費の請求をしない旨を「申立書」に記入してください。
- 出産育児一時金直接支払制度についての同意書の写し及び出産費用内訳明細書または分べん費用内訳明細書の写しを添付してください。明細書内には産科医療補償制度加入機関の証明印、出産年月日、出産児数の記載が必要です。
- 双子の場合は、各々請求書を作成してください。

受付印

