

課長	係長	係員	伺	下記のとおり支給して よろしいか。
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> 該当する方を囲んでください。 </div>				

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	〇〇, 〇〇〇円	決定金額	出産費等	円
			附加金	30,000 円
			合計	円

請求日		平成〇〇年〇〇月〇〇日							所属所		〇〇市役所		
組合員証番号		1	1	1	-	1	1	1	1				
組合員氏名	共済		太郎		取得喪失認定取消	平成〇〇年〇〇月〇〇日		事由	出産費				
	共済		花子 (続柄 妻)			年 月 日			在職中・喪失後 6ヵ月以内				
出産者氏名	共済		花子 (続柄 妻)		被扶養者	平成〇〇年〇〇月〇〇日		事由	家族出産費				
	共済		きょうさい いちろう			年 月 日			認定後 6ヵ月経過・ 認定後 6ヵ月以内				
出産児名	共済		一郎 (続柄 長男)		出生	平成〇〇年〇〇月〇〇日		妊産婦	該当・非該当				
	共済		きょうさい いちろう			年 月 日			該当日 平成〇〇年〇〇月〇〇日				
施設所在地		〇〇市〇〇町〇-〇-〇					施設名		〇〇産婦人科医院				

医師又は助産師の証明	平成〇〇年〇〇月〇日 共済 花子 は 出産 ・ 死産 ・ 早流産 (妊娠 簡月)	
	したことを証明する。 平成〇〇年〇〇月〇〇日	
証明者	住所 〇〇市〇〇町〇-〇-〇	
	病院名 〇〇産婦人科医院	
		氏名 〇〇〇〇 医

この欄は直接支払制度を利用しない場合に、
 医師又は助産師の記入が必要です。

認定後6ヵ月以内の被扶養者の出産
 の場合は、こちらを必ず記入してくださ
 い。①の場合は、申立書及び保険証
 の記号番号も記入してください。

認定後6ヵ月以内の被扶養者の記入欄	<input checked="" type="checkbox"/> ①他社会保険加入 <input type="checkbox"/> ②国保加入 <input type="checkbox"/> ③被扶養者として認定 保険証の記号番号 〇〇-〇〇〇〇		【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 私の被扶養者 共済 花子 は、平成〇〇年〇〇月〇〇日に会社等を退職し、平成〇〇年〇〇月〇〇日に出産しました。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。 平成〇〇年〇〇月〇〇日
			共済 太郎 印

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

職名 〇〇市長

所属所長

氏名 〇〇〇〇 印

1. 太線の中を記入してください。
2. 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。
3. 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。
4. 双子の場合は、各々請求書を作成してください。

