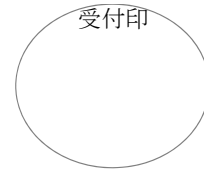


※決裁	年 月 日	事務局長	課長	課長補佐	係長	係



## 出産費・家族出産費 支給申請書

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

組合員が記入する欄	組合員証記号番号 又は個人番号		組合員氏名		組合員資格		
					取得*	年 月 日	
					喪失*	年 月 日	
	出産予定者氏名		出産予定日		単胎・多胎の別		
			平成 年 月 日		単胎・多胎 ( 児 )		
					被扶養者認定日		
					* 年 月 日		
	出産予定医療機関等						
	名称		所在地				
	<p>申請者又は出産予定者が出産予定日から6カ月以内に健康保険等（共済組合を含む）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。</p> <p>※ 1年以上健康保険等の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6ヶ月以内に産まれた場合、資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金（出産費）の支給を受けることができます。</p>						
①	申請者本人の退職等により、健康保険等の被保険者資格を喪失した後、6カ月以内に産出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カ月以内に産出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		
<p>上記のとおり出産費（家族出産費）の請求を申請します。</p> <p>岡山県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>平成 年 月 日 申請者 住 所 氏 名 (組合員) 印</p>							
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないことを認めます。</p> <p>平成 年 月 日 所属所長 職 名 氏 名 (任命権者) 印</p>							

受取代理人の欄	<p>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、出産費又は家族出産費（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。</p> <p>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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>甲の住所 氏名 印</p> <p>乙の所在地 名称 印 電話 ( )</p>						
	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	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) \*印欄は記入しないでください。