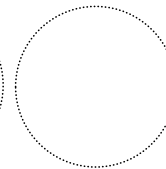
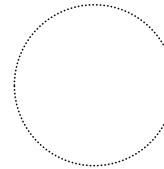


| | | | | | | |
|------|-------|------|----|------|----|---|
| ※ 決裁 | 年 月 日 | 事務局長 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係 |
| | | | | | | |

所属所受付印

共済組合受付印



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 | 組合員等記号番号 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 | |
| | | | 令和 年 月 日 | | 単胎・多胎 (児) | |
| | | | | | * | |
| | | | | | 年 月 日 | |
| | 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。 ※ 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ヶ月以内に出産された場合、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。 | | | | | |
| 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。 岡山県市町村職員共済組合理事長 様 | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | 申請者 (組合員) | | 住所 氏名 | | |
| 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | 所属所長 | | 職名 氏名 | | |

| | | | | | | |
|---------|--|--|------------------------------------|---------------------|----------------|--|
| 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。 | | | | | |
| | 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。 | | | | | |
| | 令和 年 月 日 | | 甲の住所 氏名 乙の所在地 名称 ④ 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 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) *欄は記入しないでください。

(2024.12改訂)