

※決裁	年 月 日	事務局長	課長	課長補佐	係長	係

所屬所受付印

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	
			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 住 所 (組合員) 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 職 名 所属所長 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 ⑤ 電話 ()					
	受取代理人に 対する支払金 融機関		銀行 店・本店 金庫 信組 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)	

(注) *欄は記入しないでください。

(2022.1改訂)