

※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	〇〇〇,〇〇〇円	※決定金額	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	〇〇〇〇〇			
組合員証 記号番号	1	1	1			1	1	1	1			
組合員氏名	共済		太郎		ふりがな	きょうさい	いちろう		取年月日	平成 〇〇年〇〇月〇〇日		
					出生年月日	共済		一郎	喪年月日	年 月 日		
出産者氏名	共済		花子		出生年月日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日		認定年月日		平成 〇〇年〇〇月〇〇日		
			(続柄 妻)		事由	出 産 費 在 職 中 ・ 喪 失 後 6 ヵ月 以 内		家 族 出 産 費 認 定 後 6 ヵ月 経 過 ・ 認 定 後 6 ヵ月 以 内		取年月日		
出産の場所	〇〇〇〇総合病院				給料	年 月 から 級 号 級		任組合員継続料	(任継続掛金標準額)			
								円	円			
医師又は助産婦の証明	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 したことを証明する。					茨城 花子 は 出産・死産・早産						
	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日					住所 茨城県〇〇市〇〇町〇〇3-3						
認定後6ヵ月以内の被扶養者欄	認定前の加入状況				認定後6ヵ月以内の家族出産費の請求時の申立書							
	<input checked="" type="radio"/> 他社会保険加入 <input type="radio"/> 国保加入 <input type="radio"/> 被扶養者として認定 保険証の記号番号 〇〇〇〇〇				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生費を請求できませんが、今回、家族出生費を請求することとしました。 従って、以前加入の社会保険には、出生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							
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 〇〇〇〇												
所属所長 氏名 〇〇 〇〇												
印												

直接支払制度を利用
しない場合のみ医師
の証明が必要です。

医師

共済

- 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、前社会保険に出生費の請求をしない旨の「申立書」に記入してください。
- 双子の場合は、各々請求書を作成してください。

