

課長	確認	担当

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	円	出産費等	円
		附加金	30,000 円
		合計	円

請求日	年 月 日						所属所						
組合員証 記号番号			-										
組合員 氏名							組合員が 出産した 場合	取得日	年 月 日		<input type="checkbox"/> 在職中		
								喪失日	年 月 日		<input type="checkbox"/> 喪失後6か月以内		
出産者 氏名	(続柄)						被扶養者 が出産し た場合	認定日	年 月 日		<input type="checkbox"/> 認定後6か月経過		
								取消日	年 月 日		<input type="checkbox"/> 認定後6か月以内		
出産児 氏名	(ふりがな)						出産日	年 月 日		妊産婦 マル福	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		
								該当日	年 月 日		終了日	年 月 日	
出産数	生産児数	人		死産児数	人		死産の場合妊娠からの週数及び日数 ※妊娠4か月(85日)以上の場合支給対象			満	週	(日)	
出産の 場所	施設 所在地							施設名					
医師 又は 助産師 の 証明	出産者氏名					出産児 の数	<input type="checkbox"/> 単胎		生産・ 死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 (児)		死産の場合 満 週 (日)	
	出産年月日	年 月 日					<input type="checkbox"/> 多胎 (児)			<input type="checkbox"/> 死産 (児)			
	上記のとおり相違ないことを証明する。												
住所 証明者 病院名 氏名													
年 月 日													
※直接支払制度を利用しない場合は、医師又は助産師の証明が必要です。													
認定 後 6 か 月 以 内 の 出 産	認定前に加入していた健康保険						【①の場合】認定後6か月以内の家族出産費請求時の申立書						
	<input type="checkbox"/> ①社会保険の被保険者 <input type="checkbox"/> ②国民健康保険 <input type="checkbox"/> ③家族の被扶養者 <input checked="" type="checkbox"/> ①の場合、以前の勤務先						私の被扶養者 は、 年 月 日に会社等を退職し、 年 月 日に出産しました。退職後6か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、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。 年 月 日						
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。													
年 月 日													
職名 所属所長 氏名													

- 太線の中を記入してください。
- 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明細書又は分べん費用明細書の写しを添付してください。
明細書には①出産年月日、②出産児数の記載、及び③産科医療補償制度加入機関の証明印が必要です。
- 被扶養者に係る認定後6か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。
- 双生児を出産した場合は、出産が二度あったものとして倍額を支給します。
- 死産の場合は、妊娠からの週数を確認できる書類を添付してください。添付がない場合は医療機関から当組合に出産費の請求があり、当組合において週数を確認してからの支給となります。
- 組合員資格喪失後の出産の場合、附加金は支給しません。

受付印

