

決 裁	確 認	係

伺 下記のとおり支給してよろしいか。

双子以上であっても1枚でご請求ください。

出産費・**家族出産費**(附加金) 請求書 (140・150)

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	令和〇〇年〇〇月〇〇日	所属所	〇〇市役所		
組合員等記号番号	〇〇〇—〇〇〇〇〇	組合員が 出産した 場合	資格 取得日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 在職中
組合員氏名	共済 太郎		資格 喪失日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 喪失後6か月以内
出産者氏名	共済 花子 (続柄 妻)	被扶養者 が 出産した 場合	扶養 認定日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	<input checked="" type="checkbox"/> 認定後6か月経過
			扶養 取消日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定後6か月以内
出産日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	妊産婦 マル福	<input checked="" type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	該当日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
				終了日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
出産数	生産児数 1 人	死産児数 0 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)

出産施設	名称	〇〇産婦人科医院	所在地	茨城県〇〇市〇〇町〇〇番地	
------	----	----------	-----	---------------	--

医師又は助産師の証明	出産者氏名		出産 児数	<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。

直接支払制度を利用しない場合のみ、医師又は助産師の証明を受けてください。

証明者 病院名
氏名

※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。

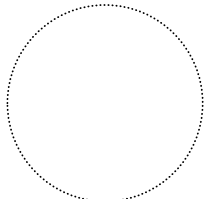
認定後6か月以内の出産	認定前に加入していた健康保険	「①社会保険の被保険者」であった場合、以下を記入してください。				
	<input type="checkbox"/> ①社会保険の被保険者	私の被扶養者	は、	年 月 日	に会社	を請求できますが、今
	<input type="checkbox"/> ②国					
	<input type="checkbox"/> ③家族の被扶養者					

被扶養者が扶養認定後6か月以内に出産した場合は、記入してください。

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

令和〇〇年〇〇月〇〇日
職名 〇〇市長
所属所長
氏名 〇 〇 〇 〇

受付印



- 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(写し)及び出産費用明細書又は分べん費用明細書(写し)を添付してください。
※明細書には、出産年月日と出産児数の記載及び産科医療補償制度の対象とわかる印字やスタンプ等が必要です。
- 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、医療機関からの当組合への出産費請求により週数を確認し支給します。
- 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。
- 組合員資格喪失後の出産の場合、附加金は支給しません。