

**【受取代理制度事前申請用】**

**140 出 産 費 等請求書**  
**150 家族出産費**

保健課長	課長補佐	保健係長	合 議	主 任	支出決定伺

組合員区分	所属所番号	組 合 員 等 番 号	組 合 員 氏 名			所 属 機 関 名								
1 一般														
2 任継			生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日							
資格取得年月日			資格喪失年月日			出 産 予 定 者 氏 名		続 柄						
昭和	年	月	日	昭和	年	月	日							
平成				令和										
令和				生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日						
出産予定者の扶養認定年月日 (家族出産費の場合のみ)			出 産 予 定 者 の 資 格 及 び 認 定 状 況 ※出 産 予 定 日 時 点 の 見 込 (1又は2に○印を付すること)											
昭和	年	月	日	組 合 員	1 在職中である	被 扶 養 者	1 扶養認定後6ヶ月以内である							
平成					2 資格喪失後6ヶ月以内である		2 扶養認定後6ヶ月経過している							
令和														
上記のとおり請求します。								組合受付印						
千葉県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日住所 請求者 氏 名														
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。								再受付印						
令和 年 月 日 職 名 所属所長 氏 名														
共 済 組 合 使 用 欄														
申請受付 通知書 送付日	令和	年	月	日	出産日	令和	年	月	日	送金日	令和	年	月	日
備 考														
出産費 ・ 家族 出産費	受取代理 上 限 額	520,000 円 ※附加金20,000円を含む			給 附 付 加 の 給 有 付 無 等	受取代理額のうち、出産費附加金		附加 給付	20,000 円					
						受取代理額のうち、家族出産費附加金								
	受取代理額 ※医療機関等送金額	円				妊婦保健助成金		厚生費	5,000 円					
	組合員送金額	円				出産費助成金		互助会 給付	20,000 円					

§63 (202504)

**<添付書類>**

- ①「出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)」
- ②出産予定者及び出産予定日を確認できる書類(写) ※母子健康手帳、診断書等