

【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	9 9 9	9 9 9 9	共済 太郎			〇〇市	
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 平成 〇 〇 〇 令和		令和		共済 花子		配偶者	
出生年月日		昭和・平成・令和 〇 年 〇 月 〇 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に〇印を付すること)				
昭和 年 月 日 平成 〇 〇 〇 令和			組合員	1 在職中である 2 資格喪失後6ヶ月以内である	被扶養者	1 扶養認定後6ヶ月以内である 2 扶養認定後6ヶ月経過している	
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 〇 年 〇 月 〇 日 住所 千葉市中央区中央港1-13-3 請求者 氏名 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。						再受付印	
令和 〇 年 〇 月 〇 日 職名 〇〇市長 所属所長 氏名 〇〇 〇〇							
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 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 ※医療機関等送金額	円			受取代理額のうち、家族出産費附加金		
	組合員送金額	円			妊婦保健助成金	厚生費	5,000 円
					出産費助成金	互助会 給付	20,000 円

<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