出産費・家族出産費（附加金）請求書

【受取代理制度利用者用】

※決裁欄	課長	主幹・副主幹	係員	主任

※決定事項								
	出産費等・附加金							円
	受取代理額							円
	組合員送金額							円
	出産日	令和　　年　　月　　日				単胎・多胎（　　胎）		

組合員等記号・番号		組合員氏名
記号	番号	

組合員等記号・番号、組合員氏名を記入してください。

出産予定者氏名		被扶養者認定年月日			
		年号	年	月	日
	本人 妻 家族	昭和3 平成4 令和5			

出産予定者の氏名を記入し、該当する続柄に〇を付けてください。
被扶養者が出産予定者の場合には被扶養認定年月日を記入してください。

上記のとおり出産費・家族出産費（附加金）の請求を事前申請します。

神奈川県市町村職員共済組合理事長　　様

令和　　年　　月　　日　　組合員氏名

申請年月日と組合員の氏名を記入してください。

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和　　年　　月　　日

所属所長　　職名

氏名

請求内容を確認の上、証明年月日と所属所長（市町村長・一部事務組合長）の職名・氏名を記入してください。

1、 この申請ができる組合員は、出産予定日まで2ヵ月以内の者又は、出産予定日まで2ヵ月以内の被扶養者を有する者です。
2、 厚生労働省の定める「出産育児一時金支給申請書（受取代理用）」と母子健康手帳の写し（出産予定日を証明する書類）を添付して下さい。
3、 被扶養者が扶養認定日から6ヵ月以内の出産予定の場合には、健康保険組合等から受給しない旨の証明書等を添付してください。
4、 産科医療補償制度に加入している医療機関等で分娩し、分娩費請求書の写しに対し所定の印が押印されている場合は単胎の上限は50万5千円（資格喪失後50万円）となります。
5、 ※欄は記入しないでください。