

課長	課長補佐	主幹・係長	係	関係職員

静岡県市町村職員共済組合理事長 様

出産費等支給申請書(受取代理用)

組合員が記入するところ	組合員証記号番号	記号	番号	
	組合員	氏名	(フリガナ)	
		住所	〒 - (フリガナ) 電話 ()	
		生年月日	年 月 日	
	出産予定日・数	年 月 日 単・多(胎)		
	出産予定者 <small>※組合員の場合は不要です</small>	氏名	(フリガナ)	
		生年月日	年 月 日	
	出産予定医療機関等	名称	(フリガナ)	
		所在地	〒 - (フリガナ)	
	以下のことに該当する場合は記載をお願いします。□			
組合員の退職により、共済組合の資格喪失後、6か月以内に出産することによる申請である場合、資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号		保険者名	番号	
組合員の家族が被扶養者認定後、6か月以内に出産することによる申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号		保険者名	番号	
上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。				
令和 年 月 日				
職名 所属所長 氏名				
受取代理人の欄	組合員() (以下「甲」という。)は、医療機関等である() (以下「乙」という。)を代理人と定め、次の権限を委任します。また、甲は、出産費等の医療機関等への直接支払制度は利用しません。			
	甲が請求する出産費等のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額 [*] の受領に関すること。			
	※ 出産費・家族出産費の支給額(同附加金を含む)を上限とする。			
	令和 年 月 日			
	甲の住所	氏名		
乙の所在地	名称			
受取代理人に対する支払金融機関	銀行 金庫 信組	店・本店 支店・出張所	電話 ()	
預金種別	1:普通 2:当座 3:別段	4:通知 5:貯蓄	口座番号 (フリガナ) 口座名義	
(備考欄)				

出産費等とは、出産費・出産費附加金、家族出産費・家族出産費附加金のことをいいます。