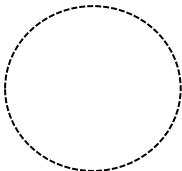


出 産 費 ・ 出 産 費 附 加 金
家族出産費・家族出産費附加金

内払金支払依頼書



決定額 別紙のとおり

所属所受付印

組合員等 記号番号	公立茨城 第 号	フリガナ 組合員氏名 [給与のゴム印]	所属所名 所属コード [給与のゴム印]
資格取得年月日	平成 年 月 日	令和 年 月 日	資格喪失年月日
フリガナ 出産者氏名		フリガナ 出産児氏名	性別 男 女 続柄
出産者が被扶養者 になった日 (家族出産費の場合)	平成 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
※1 事由	出産費 家族出産費	在職中・資格喪失後6か月以内 認定後6か月经過 ※2 認定後6か月以内	※2 左記の認定後6 か月以内の請求 の方は○で囲ん でください。
内払金支払額	法 定 円 附 加 金 円	出 産 場 所	認定前の加入健康保険制度 ① 国民健康保険 ② 他の社会保険 ③ 被扶養者として認定されていた 健康保険の記号番号 ()
※ 支部記入欄	産 科 医 療 補 償 制 度	加 入 ・ 未 加 入	
直接支払制度に関 すること	代 理 受 取 額	円	
産前休暇の開始日	令和 年 月 日	産前産後休業期間中 の掛金免除申出日	令和 年 月 日
上記のとおり請求します。 併せて、地方公務員等共済組合法114条の2第2項の規定に基づき、産前産後休業期間に係る掛金等免除を 申し出ます。 公立学校共済組合茨城支部長 殿 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。 令和 年 月 日 職 名 所属所長 氏 名 印			
所 属 所 所 在 地	(〒 ー) (電話番号)		

(注) 1 ※1事由の欄は、当てはまる箇所に○を記入してください。
2 医療機関等で発行された、直接支払制度についての合意文書のコピーを必ず添付してください。
3 医療機関等で発行された領収書、出産費用明細書等のコピーを必ず添付してください。
(出産年月日・代理受取額の記載があるもの。産科医療補償制度に加入している医療機関等で出産した場合は、
対象分娩であることを証するスタンプや「産科医療補償制度の対象分娩です」の文言が明記されたもの)
4 続柄の欄は、長男・長女等で記入してください。
5 産前産後休暇を取得していること及びその期間が証明できる書類のコピーを添付してください。