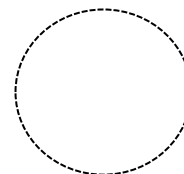


出産費・出産費附加金
 家族出産費・家族出産費附加金

申請書(受取代理人用)



所属所受付印

組合員証 記号番号	公立茨城 第 号	フリガナ 組合員名		所属所名	
資格取得年月日	平成・令和 年 月 日				
出産者	フリガナ	続柄	被扶養者の資格取得年月日		出産 人数
	氏名	組合員 被扶養者	平成・令和 年 月 日		
	生年月日	年 月 日	出産予定年月日	令和 年 月 日	人
出産する 医療機関	名称				
	所在地				
受取代理人の欄	申請者（ ）（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(※)の受領に関する事 事。 ※ 出産育児一時金等の支給額(保険者が出産育児一時金等に係る附加給付を行う場合には、附加相当額を含む)を上限とする。 令和 年 月 日 甲の 住所 氏名 印 乙の 所在地 氏名 印 電話 ()				
	受取代理人 に対する 支払機関	銀行 金庫 信組 店・本店 支店・出張所			
	預金 種別	1. 普通 2. 当座 3. 別段	4. 通知 5. 貯蓄	口座 番号	口座 名義
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	(〒 -) (電話番号)				

(注) ※ 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。