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

任

決定額	別紙のとおり

記号番号	公立茨城 第　　号	フリガナ 組合員氏名		所属所名	
任意継続資格取得 年月日	令和　年　月　日	任意継続資格喪失 年月日	令和　年　月　日		
フリガナ 出産者氏名		フリガナ 出生児氏名		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）	令和　年　月　日	出産年月日	令和　年　月　日		
※1 事由	出産費	在職中・資格喪失後6か月以内	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。	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保険証の記号番号（　　　）	
	家族出産費	認定後6か月経過・※2認定後6か月以内			
内払金支払額	法定	円	出産場所		
	附加金	円			
※支部記入欄 直接支払制度に関すること	産科医療補償制度加入・未加入	加入・未加入			
	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。

公立学校共済組合茨城支部長　殿

令和　　年　　月　　日

請求者　住所

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

所属所長　職名

氏名　　印

自宅住所	（〒　　－　　） （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。
（出産年月日の記載があること。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には、制度対象の出産であることを証明する所定の印が押されたもの、代理受取額の記載があること。）
4　続柄の欄は、長男・長女等で記入してください。