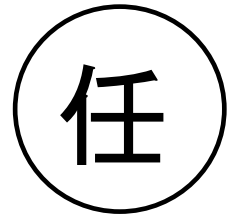


出産費・出産費附加金
家族出産費・家族出産費附加金

内払金支払依頼書



決定額	別紙のとおり
-----	--------

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 加入中・資格喪失後6か月以内 家族出産費 認定後6か月经過・※2認定後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 ()
内払金支払額	法 定 円 附 加 金 円	出 産 場 所	
※支部記入欄	産科医療補償制度	加 入 ・ 未 加 入	
直接支払制度 に関する事	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 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]			
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。