

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	〇〇〇	番号	〇〇〇〇
	組 合 員	氏名	(フリガナ) シズオカ タロウ 静岡 太郎		
		住所	〒000-0000 (フリガナ) 〇〇シ〇〇マチ 〇〇市〇〇町1-2-3	電話 000 (000) 0000	
		生年月日	〇〇年 4月 1日		
	出産予定日・数	〇〇年 6月 1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) シズオカ ハナコ 静岡 花子		
		生年月日	〇〇年 5月 1日		
	出産予定医療機関等	名称	(フリガナ) 〇〇ピョウイン 〇〇病院		
		所在地	〒222-2222 (フリガナ) 〇〇シ〇〇マチ 〇〇市〇〇町2-2		
	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		
			記号	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		
			記号	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 〇〇年 〇〇月 〇〇日					
所属所長 職 名 〇〇市長					
氏 名 〇〇 〇〇					
受取代理人の欄	組合員(静岡 太郎)(以下「甲」という。)は、医療機関等である(〇〇病院)(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 〇〇年 〇〇月 〇〇日				
	甲の住所	〇〇市〇〇町1-2-3			
氏名	静岡 太郎				
乙の所在地	〇〇市〇〇町2-2				
名称	〇〇 〇〇				
電話	222 (222) 2222				
受取代理人に対する支払金融期間	〇〇		銀行 金庫 信組	〇〇	
	店・本店 支店・出張所	〇〇			
預金種別	1:普通 2:当座 3:別段 2:当座 5:貯蓄	口座番号	1234567	口座名義	(フリガナ) 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇
(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。