



決 裁	課長	合議	担当

## 出 産 費 受 給 申 出 書 家 族 出 産 費

組合員証 記号番号		組合員 氏 名		所属機関		
出 産 者 氏 名			出産年月日	平成	年 月 日	
組 合 員	資格取得 年 月 日	昭和 平成	年 月 日	資格喪失 年 月 日	平成	年 月 日
被 扶 養 者	認 定 年 月 日	昭和 平成	年 月 日	認定取消 年 月 日	平成	年 月 日

出産者が当共済組合の組合員、被扶養者になる直前に適用を受けていた医療保険  
組合員でなくなった直後に適用を受けている医療保険 について

国民健康 保 険	( 市町村) ( 組合)	記号 番号		区 分	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者
健康保険	協会けんぽ ( 社会保険事務所) 組 合 管 掌 ( 健康保険組合)	記号 番号		区 分	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者
船員保険		記号 番号		区 分	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者
共済組合	共 済 組 合 支 部	記号 番号		区 分	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者

私は、上記の医療保険から助産費、分娩費または出産費に相当する給付の支給を受けないで、  
貴組合の  出 産 費  
 家族出産費 を受けたいので申し出ます。

石川県市町村職員共済組合理事長 様

平成 年 月 日

出産者氏名

Ⓜ

この申出書の提出は、組合員の資格を取得した日(被扶養者の場合、認定された日)または、組合員の資格を喪失した日から6ヶ月以内に出産した場合に限ります。