

事前申請	事務局次長	課長	課長補佐	係長	係	決定・通知日	
						決定給付額	円
送金						送金年月日	
						送金内訳	組合員 円 代理人 円

## 出産費・家族出産費請求書（事前申請用）

記号	番号	フリガナ		所属所名	資格取得年月日
		組合員氏名			昭和・平成 年 月 日
出産予定者		氏名		予定出産 胎児数	児
		被扶養者 認定日	昭和・平成 年 月 日	出産予定日	平成 年 月 日
				出産日	平成 年 月 日
出産予定医療機 関等		名称			
		所在地			
上記のとおり請求を事前申請します。 平成 年 月 日					
三重県市町村職員共済組合理事長 様			組合員住所		
					組合員氏名 <span style="float: right;">㊟</span>
上記の記載事項は、事実と相違ないことを証明します。 平成 年 月 日					
			所属所長	職名	
			氏名 <span style="float: right;">㊟</span>		

・被扶養者認定後 6 ヶ月以内の出産予定に係る請求の場合は、裏面の「家族出産費請求に係る在職期間等証明書」に証明を受けてください。  
《受取代理人記入欄》

組合員 甲（ ）は、医療機関等である乙（ ）を代理人と定め、次の権限を委任します。また、甲は出産一時金等の医療機関等への直接支払制度は利用しません。  
甲が三重県市町村職員共済組合に請求する出産費等のうち、乙が甲又は出産者に対して出産に関し請求する費用の額（1児につき上限 42 万円（産科医療補償制度対象出産でない場合は 40.4 万円））の受領に関する事。

平成 年 月 日

甲（組合員）	住 所	
	氏 名	㊟
乙（代理人）	住 所	
	名 称	
<医療機関コード>	代表者名	㊟
	電話番号	

受取代理する出産費等の振込先金融機関				
金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義人（カタカナ）
		普通 当座		

# 家族出産費請求（事前申請用）にかかる在職期間等証明書

出産予定者氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
三重県市町村職員共済組合の被扶養者認定日から6月以内の出産の場合は、次のいずれかの証明を受けてください。			
在職期間が1年未満の場合	<p>&lt;在職期間&gt; 上記の者は、昭和・平成 年 月 日から、平成 年 月 日まで被保険者の資格を有していたことを証明します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>事業所</p> <p>代表者 <span style="float: right;">印</span></p>		
在職期間が1年以上の場合	<p>&lt;分娩費受給権の放棄&gt; 上記の者は、平成 年 月 日出産予定の胎児に係る分娩費の受給権を放棄した旨の申出がありましたので証明します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>保険者 <span style="float: right;">印</span></p>		