

## 出産費・家族出産費に係る申立書

(出産者) .....共済 花子.....は下記のとおり、前健康保険の被保険者の資格を喪失しましたが、出産費(出産育児一時金)については前健康保険への請求は行わないことを申し立てます。

### 記

出 産 者 氏 名	<u>共 済 花 子</u>
組 合 員 と の 続 柄	<u>妻</u>
前 健 康 保 険 名 (不明の場合、職場名)	<u>協会けんぽ</u> <u>(〇〇 株式会社)</u>
被保険者資格喪失年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日

令和 〇 年 〇 月 〇 日

山形県市町村職員共済組合理事長 様

所 属 所 名 〇 〇 〇  
組 合 員 記 号 番 号 100-8888  
住 所 〇〇市〇〇町〇〇番地  
氏 名 共 済 太 郎

出産された方が当組合資格認定後6月以内の場合で、かつ前保険で1年以上被保険者の資格を有していた場合、前保険に出産費(出産育児一時金)の請求が可能です。前述に該当する方で、当組合に出産費・家族出産費を請求される場合は、この申立書を請求書に添付してください。

山形県市町村職員共済組合