出産費・家族出産費に係る申立書

（出産者）　　　　　　　　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 |  |
| 組合員との続柄 |  |
| 前健康保険名  （不明の場合、職場名） |  |
| 被保険者資格喪失年月日 | 令和　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |

令和　　　年　　　月　　　日

　山形県市町村職員共済組合理事長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　組合員等記号番号　　　　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名

|  |
| --- |
| 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 |