（様式1）

（あて先） 京都市職員共済組合理事長

出産費等支給申請書（受取代理用）

申請者（組合員）が記入するところ	組合員の記号・番号	○○○ － ××××××	所属	行財政局人事部厚生課 電話 075 （ 222 ） ××××
	申請者（組合員） 氏名	（フリガナ） キョウサイ タロウ 共済 太郎		
	住所	〒604-8571 京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町488番地		
	生年月日	○○年 ○○月 ○○日		
	出産予定日・数	○○年 ○○月 ○○日 単・多（ 胎）		
	出産予定者 ※申請者と同一の場合は不要 氏名	（フリガナ）キョウサイ ハナコ 共済 花子		
	生年月日	○○年 ○○月 ○○日		
	出産予定医療機関等 名称	○○クリニック		
	所在地	〒000-0000 京都市○○区○○ ○-○ 電話 075 （ 000 ） 0000		

申請者又は出産予定者が出産予定日から6か月以内に共済組合組合員の資格を既に喪失している場合は以下のいずれかに記載をお願いします。

※ 地方公務員等共済組合法第63条第2項の規定により、1年以上共済組合の組合員であった方が組合員資格喪失後、6か月以内に出産された場合、資格を喪失した最後の保険者から出産費の支給を受けることができます。

申請者本人の退職等により、共済組合の組合員資格喪失後、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	
申請者本人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	

受取代理人の欄

申請者（ 共済 太郎 ）（以下「甲」という。）は、医療機関等である（ ○○クリニック ）（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。

※出産費等の支給額（保険者が出産費等に係る附加給付を行う場合には、附加給付相当額を含む）を上限とする。

○○年 ○○ 月 ○○

甲の住所 京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町488番地

氏名 共済 太郎

乙の所在地 京都市○○区○○ ○-○

名称 ○○クリニック

電話 075 （ 000 ） 0000

受取代理に対する支払金融機関	○○ 銀行・金庫・信組			○○ 店・本店・支店・出張所		
	預金種別	1：普通 2：当座	口座番号	1234567	口座名義	（フリガナ）○○クリニック ○○クリニック

（備考欄）

《提出に当たっての注意事項》

出産前に、下記の書類を添付して請求してください。

・ 妊娠週数、分娩予定日の分かる証明又は母子手帳の写し

共済組合受付印

※ 申請後に、予定していた医療機関等以外で出産することとなった場合や、申請を取り下げる場合は、共済組合（222-3239）まで御連絡ください。