# 出産費受給権証明書

**※この証明書は、直接支払制度・受取代理制度を利用せずに家族出産費を請求する際、出産日が被扶養者認定後6ヶ月以内の場合、請求書に添付してください。**

| 組合員証記号番号 | ― | 組合員氏名 | | 所属機関名 | |
|---|---|---|---|---|---|

① 組合員証の記号・番号、組合員氏名、所属機関名（市町村・一部事務組合）を記入してください。

| | |
|---|---|
| 共済組合の被扶養者認定前６ヶ月に係る社会保険等加入状況及び退職後の給付受給等について（右の該当する事項について〇印をつけること。） | １．　私の被扶養者（　　）は、共済組合の被扶養者認定前は、国民健康保険の被保険者であった。<br>２．　私の被扶養者（　　）は、共済組合の被扶養者認定前は、　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで（　　）に勤務し、健康保険法に基づく被保険者又は他の法律に基づく共済組合の組合員であった。<br>(1)　上記のところに勤務していたが、退職後の出産費の受給権はない。<br>(2)　上記受給権があるが、受給しない。したがって、受給権放棄申出書を別途提出いたします。<br>３．　その他（　　） |

② 該当する番号を〇で囲み、２に該当する場合は組合員の被扶養者に認定された以前６ヶ月の社会保険等の加入状況（勤務先等）を記入し（１）又は（２）を〇で囲んでください。なお、（２）に該当する場合には、次のページの「出産費受給権放棄申出書・証明書」を添付してください。

上記のとおり相違ありません。

山梨県市町村職員共済組合理事長　殿

年　　月　　日

住　所

請　求　者

氏　名

③ 請求年月日と請求者の住所・氏名を記入してください。

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年　　月　　日

職　名

所属所長

氏　名　　印

④ 請求内容を確認の上、証明年月日と所属所長（市町村長・一部事務組合管理者）の職名・氏名を記入し押印してください。

（注）２の（１）（２）の受給権とは、被保険者又は組合員であった期間が満１年以上の場合には有するものである。