

## 申出書兼同意書

私は、熊本県市町村職員共済組合の被扶養者に認定された日から起算して6ヶ月以内の、令和 年 月 日に出産しましたが、貴組合の被扶養者資格を取得する前に私が加入していた下記の医療保険制度（以下「従前の医療保険者」という。）に出産費又は出産一時金（以下「出産費等」という。）の請求は行わず、貴組合に家族出産費を請求しますので申し出ます。

また、私は、貴組合が従前の医療保険者に私の出産費等の請求に関する確認を行うことに同意します。

### 記

#### ○従前の医療保険者に関する事項

名 称	
所 在 地	
電 話 番 号	

令和 年 月 日

熊本県市町村職員共済組合理事長 様

住 所 \_\_\_\_\_

被扶養者（出産者）

氏 名 \_\_\_\_\_

※ 直接支払制度又は受取代理制度を利用される方は、この書類を提出していただく必要はありません。