□ 出 産 費 請 求 書 ☑ 家族出産費

給	付	1	4	0	
種	別	1	5	0	

組合員等 111		フリカ゛ナ	キョウ	サイ タロウ					
記号番号 111	– 123	組合員 氏 名	共	斉 太郎	所属所名	00	D市		
資格取得年月日	平成 〇〇	年 4)	月 1 日	資格喪失年月日	令和	年	月 日		
フリガナ	キョウサイ バ	けコ	出産者	7. 1 . .	2 -	3 日 続	柄		
出 産 者 氏 名	共済	艺子	生年月日	平成	3 月	-1	,		
出 産 日	令和 〇	年 5)	月 1 日	出産者被扶養 認 定 年 月 日		○○ 年 4 が出産した場合記	月 1 日 入してください。		
生産または死産の別で	0 11. 44 77. 44.		産」の場合	1 人 死産」の場合 死産児数		「死産」の場合 妊娠からの 週数及び日数	満 週 ()日		
	1名につき 488,0 制度対象分娩の場 請求金額	合は 500,00		; 。	金額	四外人び日外	円		
出産した医療機	所在地		01-2-	3					
関名及び所在地	名 称	〇〇産婦	人科医院						
令和 ○ 年 5 月 1 日、 共済 花子 は、									
医 師 又 は 助 産 師 の 証 明	出産、〔	早産 •	流産 • 列		辰週数 ボ日数 満	週 () 目 〕		
	したことを証明する。								
	令和 🔾	年 5 丿	H / FI	属所長が原本 添付する提会			書等		

	証明	者氏	: 名	〇〇産婦人科路	医院 〇	0 0 0			
上記のとおり請求します。									
青森県市町村職員共済組合理事長 様									
令和 🔾	年 5 月	9 ∃							
	請求	住 者	所	OO市××1-	-2-3				
	时 小	氏	名	共 済 太 郎	B				
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。									
令和 🔾	年 5 月	10 目							
	所 属 瓦	職	名	〇〇市長					
	かん (内) (内)	氏	名	0000					

- (注)1 医師又は助産師の証明欄は、出生証明書・死産証書(死胎検案書)などの写しに所属所長が原本証明した ものを添付する場合は不要です。
 - 2 医療機関等が発行した出産に係る費用明細書と直接支払制度の利用に係る合意書(写)を添付してください。
 - 3 家族出産費の請求において、被扶養者認定年月日から6か月以内に出産した場合は、出産費・埋葬料受給権等証明書を添付してください。
 - 4 ※欄は、記入しないでください。