

出 産 費  
家 族 出 産 費

請 求 書

		決定額		※		
		出 産 費		家族出産費		
組合員証 記号番号	〇〇〇 - ×××××	組合員 氏 名	共 済 花 子		所 属 機 関 名	〇×市役所
資格取得 年 月 日	昭和 平成 令和	〇〇年 4 月 1 日	資格喪失 年 月 日	令和 年 月 日		
出産者氏名	共 済 花 子 (認定年月日: 年 月 日)(続柄 本人)			出産の 場 所	〇〇市〇〇町 〇×病院	
出産児氏名	共 済 小 太 郎 (出産年月日: 〇〇年 5 月 1 日)(続柄 子)					
医師又は 助産婦の 証 明	令和〇〇年 5 月 1 日 共 済 花 子 (妊産・死産・早流産(妊娠 ヵ月) したことを証明する。 令和〇〇年 5 月 10 日 住所 〇〇市〇〇町 氏名 〇×病院長 ×× ×× 証明者					
上記のとおり申請します。 大分県市町村職員共済組合 理事長 様 令和 〇〇年 5 月 10 日 住所 〇〇市〇〇町×××× 請求者 氏名 共 済 花 子						
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 令和 〇〇年 5 月 10 日 職名 〇〇市長 所属所長 氏名 ×× ××						

※印欄は記入しないでください。

R3.4

- ※ 家族出産費において、共済組合の被扶養者認定後 6 月以内の出産であれば、前加入保険組合にも出産費を請求できる権利を有する場合がありますので、出産費申立書を添付してください。
- ※ 医療機関等との直接支払制度を活用しない旨の合意文書の写しを添付してください。
- ※ 医療機関等で出産費用を支払った領収書の写しを添付してください。(産科医療補償制度に該当する出産の場合には所定の印が押印されています。)