

出 産 費 請 求 書

家 族 出 産 費

	決定額	出 産 費 家 族 出 産 費	※
組合員証 記号番号	組 合 員 氏 名		所 属 機 関 名
資 格 取 得 年 月 日	昭和 平成 年 月 日	資 格 喪 失 年 月 日	平成 年 月 日
出産者氏名	(認定年月日: 年 月 日) (続柄)		出産の 場 所
出産児氏名	(出産年月日: 年 月 日) (続柄)		
医 師 又 は 助 産 師 の 証 明	平成 年 月 日 は出産・死産・早流産(妊娠 ヲ月) したことを証明する。 平成 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 住 所 証明者 氏名 (印) </div>		
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 殿 平成 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 住 所 請 求 者 氏 名 (印) </div>			
上 記 の 記 載 事 項 は 、 事 実 と 相 違 い の も の と 認 め ま す 。 平成 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 職 名 所 属 所 長 氏 名 (印) </div>			

※ 印欄は記入しないでください。

※ 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。)