

出 産 費

家族出産費

請 求 書

※決定額	出 産 費	円
	家族出産費	円

組合員証等		組合員氏名		※組合員資格		※任意継続組合員資格	
記号	番号	共 済 太 郎		取得	昭和 平成 年 月 日	取得	平成 年 月 日
△△△	△△△			喪失	平成 年 月 日	喪失	平成 年 月 日
出産者氏名		続柄	※出産者(被扶養者)認定年月日		出 産 費 請求金額		
共 済 花 子		妻	昭和 平成 年 月 日		420,000		
出産年月日		出産児数	出産の場所		710,000 (404,000) 円		
平成 △△年 △△月 △△日		△ 人	〇〇病院				

平成△△年△△月△△日 共 済 花 子 は、妊娠 △△ 週で、
 単胎・多胎 △ 人 を 出 産 ・ 死産 ・ 早流産 したことを証明する。

医師又は
助産師の
証明

平成 △△ 年 △△ 月 △△ 日

医師又は助産師の証明を受けること。
母子手帳の出生届出済証明頁の写し
を添付される場合は省略可。(ただし、
原本証明されていること。)

証明者

〒 △△△-△△△△
住所 〇〇市〇〇町△-△-△
〇 〇 病 院

氏名

〇 〇 〇 〇



上記のとおり請求します。

山口県市町村職員共済組合理事長 様

平成 △△ 年 △△ 月 △△ 日

請求者

〒 △△△-△△△△
住所 〇〇市〇〇町△-△-△
氏名 共 済 太 郎



上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 △△ 年 △△ 月 △△ 日

所属所長

職名 〇 〇 市 長

氏名

〇 〇 〇 〇



1. 加算対象分娩（在胎週数22週以降で、産科医療補償制度加入の医療機関等での出産）であることが証明できるものを添付してください。
2. 医療機関等と取り交わした合意文書の写し（直接支払制度を利用しない旨、及び請求先となる保険者名が明記されているもの）を添付してください。
3. ※印欄は記入しないでください。
4. 組合員証等の記号・番号が不明なため該当欄に記入できない場合は、共済組合が定める「個人番号申告票」の添付に代えることができます。

続柄	給種		
00	140	多胎	加算対象外
	150		

上記のとおり決定してよろしいか。			
局長	課長	係長	係