

出産費 請求書

家族出産費

※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		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 家族出産費 請求金額
		昭和 平成 年 月 日	
出産年月日	出産児数	出産の場所	円
平成 年 月 日	人		

医師又は助産師の証明

平成 年 月 日 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。

平成 年 月 日
 〒 住所
 証明者 氏名 (印)

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
 〒 住所
 請求者 氏名 (印)

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
 職名
 所属所長 氏名 (印)

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	多胎	加算対象外
00	140		
	150		

上記のとおり決定してよろしいか。			
局長	課長	係長	係