

※直接支払制度を利用せず、出産後に請求する場合

出産費
家族出産費 請求書

照合	係

決定額	※	円
-----	---	---

組合員証 記号番号	○○○-○○○	組合員 氏名	共済 花子		所属 機関名	○○市役所	
資格取得 年月日	昭和 平成 ○○年 ○○月 ○○日 令和			資格喪失 年月日	令和 年 月 日		
出産者 氏名	共済 花子 続柄 本人			出産 年月日	令和 ○○年 ○○月 ○○日		
出産した 場所	(名称) ○○○レディースクリニック						
	(所在地) ○○市○○町○○						
医師又は 助産師の 証明	令和 ○○年 ○○月 ○○日 共済 花子 は、(単胎)・多胎(1児)を (出産・死産・早流産(妊娠 月)したことを証明する。 令和 ○○年 ○○月 ○○日 住所 ○○市○○町○○ 証明者 氏名 ○○ ○○○						
出産費 家族出産費 請求金額				420,000円			
上記のとおり請求します。 愛知県市町村職員共済組合理事長様 令和 ○○年 ○○月 ○○日 住所 ○○市○○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 ○○年 ○○月 ○○日 職名 ○○市長 所属所長 氏名 ○○ ○○							

※ 印欄は記入しないでください。