

出 産 費 請 求 書

家 族 出 産 費

		照 合		係	
			決 定 額		円
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	続 柄		出 産 年 月 日	平 成	年 月 日
出産した 場 所	(名 称)				
	(所在地)				
医師又は 助産師の 証 明	平成 年 月 日 は、単胎・多胎(児)				
	を産出・死産・早産(妊娠 月)したことを証明する。				
	平成 年 月 日		住 所		
			証明者		
			氏 名		印
出 産 費 家 族 出 産 費			請 求 金 額		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					
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					

印欄は記入しないでください。