

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 令和	年 月 日	資格喪失 年 月 日	平成 令和	年 月 日
出産者 氏 名	続柄		出 産 年月日	平成 令和	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・令和 年 月 日 は、単胎・多胎 ( 児 ) を出産・死産・早流産 (妊娠 か月) したことを証明する。 令和 年 月 日 住 所 証明者 氏 名 ⑩				
出 産 費 請 求 金 額 家族出産費			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 請求者 氏 名 ⑩					
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					
所属所長 職 名 氏 名 ⑩					

※印欄は記入しないでください。