

※直接支払制度を利用せず、出産後に請求する場合

<p style="text-align: center;">出産費 家族出産費</p> <p style="text-align: center;">請求書</p>		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	資格喪失 年月日	平成	年	月	日	
出産者 氏名	共済花子 続柄 本人		出産 年月日	平成	○○年	○○月	○○日
出産した 場所	(名称) ○○○レディスクリニック						
	(所在地) ○○市○○町○○ 1-2						
医師又は 助産師の 証明	平成 ○○年 ○○月 ○○日 共済花子 は、(単胎・多胎(1児)) を(出産・死産・早流産(妊娠 〇〇か月)したことを証明する。 平成 ○○年 ○○月 ○○日						
	住所 ○○市○○町○○ 1-2 氏名 ○○ ○○○ (印)						
<p style="text-align: center;">出産費 家族出産費</p>		請求金額		420,000 円			
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>愛知県市町村職員共済組合理事長様</p> <p>平成 ○○年 ○○月 ○○日</p> <p style="text-align: right;">住所 ○○市○○町○○</p> <p style="text-align: right;">請求者 氏名 共済花子 (印)</p>							
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>平成 ○○年 ○○月 ○○日</p> <p style="text-align: right;">職名 ○○市長</p> <p style="text-align: right;">所属所長 氏名 ○ ○ ○ ○ (印)</p>							

※印欄は記入しないでください。