

※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	〇〇〇-〇〇〇	組合員 氏名	共済 花子		所属 機関名	〇〇市役所	
資格取得 年月日	昭和 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 令和		資格喪失 年月日	平成 年 月 日 令和			
出産者 氏名	共済 花子 続柄 本人		出産 年月日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 令和			
出産した 場所	(名称) 〇〇〇レディースクリニック						
	(所在地) 〇〇市〇〇町〇〇						
医師又は 助産師の 証明	平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 共済 花子 は、単胎・多胎 (1 児) を 出産・死産・早流産 (妊娠 か月) したことを証明する。 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日						
	住所 〇〇市〇〇町〇〇 証明者 氏名 〇〇 〇〇〇 (印)						
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 〇〇年 〇〇月 〇〇日 住所 〇〇市〇〇町〇〇 請求者 氏名 共済 花子 (印)							
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 職名 〇〇市長 所属所長 氏名 〇〇 〇〇 (印)							

※ 印欄は記入しないでください。