

					照 合		係		
出 産 費 家族出産費					請 求 書				
					決 定 額		※ 円		
組合員 氏 名		共 済 花 子		記号 番号		〇〇〇 — 〇〇〇〇		所 属 機関名	
〇〇市役所		資格取得 年 月 日		平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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 年 産 月 日		令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日			
出 産 した 場 所		(名 称) 〇〇病院							
		(所在地) 〇〇市〇〇町〇〇〇							
医師又は 助産師の 証 明		令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 共 済 花 子 は、 <u>単胎</u> ・多胎（ 1 児） を <u>出産</u> ・死産・早流産（妊娠 月 日）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							
出 産 費 家族出産費					請 求 金 額 5 0 0 , 0 0 0 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									
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									

※印欄は記入しないでください。