

出 産 費

家 族 出 産 費

請 求 書

給 付 科 目	※ 決 定 額	※ 給 付 番 号
出 家 族 出 産 費	円	No.

組 員 合 等	記 号	〇〇〇	組 合 員 氏 名	共 済 太 郎		所 属 機 関 名	〇〇市
	番 号	〇〇〇		生 年 月 日	昭和 平成 〇 年 〇 月 〇 日		
資 格 取 得 年 月 日	昭和 平成 令和 〇 年 〇 月 〇 日	資 格 喪 失 年 月 日	令和 年 月 日				
出 産 者 の 氏 名	共 済 花 子	続 柄	妻	被 扶 養 者 認 定 年 月 日	平成 令和 〇 年 〇 月 〇 日		
出 産 年 月 日	令和 〇 年 〇 月 〇 日	出 産 し た 場 所 (医 療 機 関 等)		(名称) 〇〇産婦人科			
				(所在地) 〇〇市〇〇町〇〇〇-〇			
出 産 に つ い て の 医 師 又 は 助 産 師 の 証 明	出 産 者 の 氏 名			共 済 花 子			
	出 産 年 月 日			令和 〇 年 〇 月 〇 日			
	出 生 児 の 数			単胎 ・ 多胎 (児)			
	生 産 又 は 死 産 の 別			生産 ・ 死産 (妊娠 満 週 日)			
	上記のとおり証明します。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 (証明者) 病 院 等 住 所 〇〇市〇〇町〇〇〇-〇 医 師 又 は 助 産 師 氏 名 〇〇産婦人科 〇〇 〇〇						
上記のとおり請求します。 愛媛県市町村職員共済組合理事長 様 令和 〇 年 〇 月 〇 日 住 所 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇-〇 請 求 者 氏 名 共 済 太 郎							
上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 職 名 〇〇市長 所 属 所 長 氏 名 〇〇 〇〇							

- 「出産」とは、妊娠4か月以上（85日以上）の出産・死産・早流産をいいます。
- 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書の写し及び医療機関から交付される直接支払制度に係る代理契約に関する文書の写しを添付してください。
- 組合員であった者が退職後6月以内に出産したときや扶養認定後6月以内の被扶養者が出産したときは、下記の申立欄に必ず記入してください。（ア・イのいずれかに○印をつけてください。）

申 立 書

同一事由により他の社会保険から受けることができる出産費(分娩費)の権利は、 { ア：無いこと
イ：放棄すること }
を申し立てます。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

出 産 者 氏 名 共 済 花 子

※印欄は、記入しないでください。