

出 産 費 請 求 書
 家 族 出 産 費

給付種別	140								
	150								
組合員証記号番号	フリガナ			組合員氏名		所属所名			
資格取得年月日	昭和	年	月	日	平成	年	月	日	
フリガナ				出産者生年月日	昭和	年	月	日	
出産者氏名					平成	年	月	日	
					性別	2	※続柄コード		
出産日	平成	年	月	日	出産者被扶養認定年月日	昭和	年	月	日
					平成	年	月	日	
出生児氏名及び続柄	氏名			続柄		※出産費決定金額		円	
出産した医療機関名及び所在地	所在地			名称		出産費請求金額		円	
医師又は助産師の証明	平成 年 月 日、				は、出産、				
					〔 死産 早産・流産 〕 妊産週数 満 () 日 及び日数				
	したことを証明する。				〔「生産」の場合 出生児数 人〕		〔「死産」の場合 死産児数 人〕		
	平成	年	月	日	住所				
	証明者			氏名				印	
上記のとおり請求します。									
青森県市町村職員共済組合理事長 様									
平成 年 月 日									
住所									
請求者 氏名									
印									
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。									
平成 年 月 日									
職名									
所属所長 氏名									
印									

- (注) 1 医師又は助産師の証明欄は、出生証明書・死産証書(死胎検案書)などの写しに所属所長が原本証明したものを添付する場合は不要です。
- 2 医療機関等が発行した出産に係る費用明細書と直接支払制度の利用に係る合意書(写)を添付してください。
- 3 家族出産費の請求において、被扶養者認定年月日から6か月以内に出産した場合は、出産費・埋葬料受給権等証明書を添付してください。
- 4 ※欄は、記入しないでください。