

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				所属所名								
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					
フリガナ			出 産 者 生年月日	昭和	年	月	日	性別	2	※続柄 コード				
出 産 者 氏 名				平成	年	月	日							
出 産 日	平成	年	月	日	出産者被扶養 認定年月日	昭和 平成	年	月	日	注) 被扶養者が出産した場合記入してください。				
出生児氏名 及び続柄	氏名	続柄			※ 出 産 費 家族出産費	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 家族出産費	請求金額	円							
医 師 又 は 助 産 師 の 証 明	平成 年 月 日、				は、出産、 <div style="display: flex; align-items: center;"> <span style="margin-right: 5px;">〔</span> <span style="margin-right: 5px;">死産</span> <span style="margin-right: 5px;">⇨</span> <span style="margin-right: 5px;">妊産週数 満</span> <span style="margin-right: 5px;">週</span> <span style="margin-right: 5px;">〕</span> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <span style="margin-right: 5px;">〔</span> <span style="margin-right: 5px;">早産・流産</span> <span style="margin-right: 5px;">⇨</span> <span style="margin-right: 5px;">及び日数</span> <span style="margin-right: 5px;">(</span> <span style="margin-right: 5px;">)</span> <span style="margin-right: 5px;">〕</span> </div>									
	したことを証明する。				〔「生産」の場合			人		〔「死産」の場合			人	
	平成 年 月 日													
証 明 者				住 所										
				氏 名		⑨								
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		⑨								
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。