

出 産 費 請 求 書  
 家 族 出 産 費 請 求 書

給付種別	140 150	フリガナ 組合員氏名		キョウサイ ハコ 共済 太郎	所属所名	〇〇市	
組合員証記号番号	111 - 123	資格取得年月日	平成 〇〇 年 4 月 1 日	資格喪失年月日	令和 年 月 日		
フリガナ	キョウサイ ハコ	出産者名	共済 花子	出産者生年月日	平成 〇 年 3 月 3 日	性別	2
出産者		出産日	令和 〇 年 5 月 1 日	出産者被扶養認定年月日	平成 〇〇 年 4 月 1 日	注) 被扶養者が出産した場合記入してください。	
生産または死産の別	1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在	「生産」の場合 出生児数	1 人	「死産」の場合 死産児数	人	「死産」の場合 妊娠からの 週数及び日数	満 週 ( ) 日
出生児氏名及び続柄	氏名 共済 次郎 続柄 二男	※ 出産費 決定金額 円 家族出産費 1名につき 408,000円。ただし、産科医療補償 制度対象分娩の場合は 420,000円になります。					
出産した医療機関名及び所在地	所在地 ××市〇〇1-2-3 名称 〇〇産婦人科医院	出産費 請求金額 420,000 円					
医師又は助産師の証明	令和 〇 年 5 月 1 日、 共済 花子 は、						
	[ 出産 ]、 [ 早産・流産・死産 ⇒ 妊娠週数及び日数 満 週 ( ) 日 ]						
	したことを証明する。 [ 「生産」の場合 出生児数 1 人 「死産」の場合 死産児数 人 ]						
	令和 〇 年 5 月 7 日 住所 ××市〇〇1-2-3 証明者氏名 〇〇産婦人科医院 〇〇〇〇						
所属所長が原本証明した出生証明書等を添付する場合は証明不要です。							
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							
令和 〇 年 5 月 9 日							
請求者 住所 〇〇市××1-2-3 氏名 共済太郎							
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 年 5 月 10 日							
所属所長 職名 〇〇市長 氏名 〇〇〇〇							

- (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。