# □出　産　費
# □家族出産費　請　求　書

| 給付種別 | 140<br>150 |
|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 組合員証記号番号 | — | フリガナ<br>組合員氏名 | | 所属所名 | |
| 資格取得年月日 | 年　月　日 | 資格喪失年月日 | 令和　年　月　日 | | |
| フリガナ<br>出産者氏名 | | 出産者生年月日 | 年　月　日 | ※続柄コード | |
| 出産日 | 令和　年　月　日 | 出産者被扶養認定年月日 | 年　月　日<br>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<br>3.生産・死産混在 | 「生産」の場合出生児数 | 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<br>(　)日 | | | | |
| 出産費<br>家族出産費 | 請求金額 | 円 | ※決定金額 | 円 | |
| 出産した医療機関名及び所在地 | 所在地 | | | | |
| | 名　称 | | | | |

| | |
|---|---|
| 医師又は助産師の証明 | 令和　年　月　日、　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　人　「死産」の場合死産児数　人〕 |
| | 令和　年　月　日<br>証明者　住所<br>氏名 |

上記のとおり請求します。

□公金受取口座を利用する。
（共済組合に届出の給付金等受取口座と同じときはチェック不要です。）

青森県市町村職員共済組合理事長　様

令和　年　月　日

請求者　住所
氏名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和　年　月　日

所属所長　職名
氏名

(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。