

出産費
 家族出産費請求書

決定伺	課長	課長補佐・主幹	課員

記号	番号	組合員氏名	所属所名
999	9999	共済太郎	〇〇市
資格取得年月日	平成〇〇年〇月〇日	資格喪失年月日	令和〇〇年〇月〇日
出産者氏名	共済花子	請求金額	500,000円
続柄	配偶者		
医師又は助産師の証明	出産者氏名	共済花子	出産年月日 令和〇〇年〇月〇日
	出産の場所	〇〇市〇〇 〇〇産婦人科医院	
	単胎・多胎の別	①. 単胎 2. 多胎 (子中第 子)	
	出産・死産等の別	①. 出産 2. 死産(早流産) : 妊娠週数 満 週 日	
	上記のとおり証明する。	〇年 〇月 〇日	
証明者	1. 医師 住所 〇〇市〇〇	医療機関名 〇〇産婦人科医院	〇〇印
	2. 助産師 氏名 〇〇 〇〇		
○他の保険者から同様の給付を受けることができるとき(当組合での資格取得より6ヶ月以内の出産)			
前保険者の名称等	〇〇健康保険組合	上記の分娩に対する出産費の請求に関して、前健康保険組合等への出産育児一時金の請求は行わないことを確約します。	
前保険者の被保険者記号・番号	〇〇-〇〇〇	出産者氏名 共済花子	
上記のとおり請求します。 福岡県市町村職員共済組合理事長 殿 〇年 〇月 〇日 請求者 住所 〇〇市△△1丁目2番3号 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。			共済組合受付印
〇年 〇月 〇日			
所属所長 職名 〇〇市長			
氏名 〇〇 〇〇			

※直接支払制度を利用しない方のみこの様式で請求してください。

(R6.12)