

出 産 費 請 求 書

家 族 出 産 費

| | | | |
|-----|----|----|---|
| 決定伺 | 課長 | 係長 | 係 |
| | | | |

| | |
|-----|---|
| 決定額 | 円 |
|-----|---|

| | | | | | | |
|--|----------------------|--|-----------|-----------------------|-----------|---------|
| 組合員記号番号 又は個人番号 | | 組 合 員 氏 名 <small>(ふりがな)</small> | | | 所 属 機 関 名 | |
| 資 格 取 得 日 年 月 日 | 昭 和 平 成 令 和 年 月 日 | 資 格 喪 失 日 年 月 日 | 令 和 年 月 日 | | | |
| 出 産 者 氏 名 | | 出 産 児 氏 名 | | <small>(ふりがな)</small> | | 身 分 関 係 |
| 出 産 年 月 日 | | 令 和 年 月 日 | | 出 産 の 場 所 | | |
| 被 扶 養 認 定 日 年 月 日 | | 令 和 年 月 日 | | 請 求 額 | 出 産 費 | 円 |
| | | | | 家 族 出 産 費 | | |
| 医 師 又 は 助 産 婦 の 証 明 | | 令和 年 月 日、_____は、 <u>出産・死産・流産</u> (妊娠週数 満 週 日) したことを証明する。 <div style="text-align: right;">住 所 証 明 者 氏 名</div> | | | | |
| 上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 沖縄県市町村職員共済組合理事長 殿 <div style="text-align: right;">住 所 請 求 者 氏 名</div> | | | | | | |
| 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 <div style="text-align: right;">職 名 所 属 所 長 氏 名</div> | | | | | | |

注意 家族出産費請求の場合、認定後6月以内の場合は認定以前に加入していた健康保険の期間確認の
 できる証明が必要です。