

記入例  
直接支払制度を利用しない場合

出 産 費 請 求 書  
家族出産費

決定伺	局長	課長	係長	係

決定額	出 産 費	円
	家族出産費	

組合員記号番号 又は個人番号	組 合 員 氏 名 (ふりがな) きょうさい たろう	所 属 機 関 名
〇〇 〇〇	<b>共済太郎</b>	〇〇〇市役所

**家族出産費の場合**  
扶養認定後6月以内の出産については、認定以前に加入していた健康保険の加入期間を、共済へご報告ください。

〇〇年〇月〇日	資 格 喪 失 日 年 月 日	令和 年 月 日
---------	--------------------	----------

共済花子	出 産 児 氏 名	(ふりがな) きょうさい 〇〇	身分関係
	<b>共済 〇〇</b>		<b>長男</b>

産科医療補償制度  
対象外分娩の場合は、  
488,000円です。

〇〇年〇月〇日	〇〇産婦人科
---------	--------

被扶養認定 年 月 日	令和 〇〇年〇月〇日	求 額	〇	家族出産費	<b>500.000</b>	円
----------------	------------	-----	---	-------	----------------	---

医 師 又 は 助 産 婦 の 証 明	令和〇年〇月〇日、 <b>共済花子</b> は、 <u>出産</u> ・死産・流産 (妊娠週数 満 〇 週 〇 日) したことを証明する。 住 所 〇〇〇 〇〇 〇〇〇〇 証 明 者 氏 名 〇〇産婦人科
---------------------------	---

証明料がかかる場合は  
出生届(出生証明書含む)  
の写しを添付することで  
対応可能。

上記のとおり請求します。  
令和 〇年 〇月 〇日  
沖縄県市町村職員共済組合理事長 殿  
住 所 〇〇〇 〇〇 〇〇〇〇  
請 求 者 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 〇月 〇日  
職 名 〇〇〇〇〇  
所 属 所 長 氏 名 〇〇〇〇

注意 家族出産費で認定後6月以内の出産の場合、認定以前に加入していた健康保険(国保以外)の保険者が証明する「出産育児一時金不支給証明書」の添付が必要になる場合があります。