

出 産 費 請 求 書

家 族 出 産 費

決定伺	課長	係長	係

決定額	円
-----	---

組合員証記号番号 又は個人番号		組 合 員 氏 名			所 属 機 関 名		
		<small>(ふりがな)</small>					
資 格 取 得 日 年 月 日	昭 和 年 月 日 平 成	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。 住 所 _____ 証 明 者 _____ 氏 名 _____					
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 住 所 _____ 請 求 者 _____ 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 職 名 _____ 所 属 所 長 _____ 氏 名 _____							

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。