



決 裁	課 長	合 議	担 当

出 産 費 ・ 家 族 出 産 費 請 求 書

決 定 額	※	円
-------	---	---

組 合 員 の 記 入 欄	組合員証記号 及び番号又は 個人番号	-	組 合 員 氏 名			所 属 機 関		
	資 格 取 得 年 月 日	昭 和 平 成	年 月 日	資 格 喪 失 年 月 日	昭 和 平 成	年 月 日		
	(フリガナ) 出 産 者 氏 名			被 扶 養 者 認 定 年 月 日	昭 和 平 成	年 月 日	続 柄	
	出 生 児 氏 名			出 産 年 月 日	平 成	年 月 日	性 別	男 女
	出産の場所							
<p>1. 組合員が共済組合の資格取得後6ヶ月以内に家族が出産した場合。 2. 家族が組合員の被扶養者になってから6ヶ月以内に出産した場合。 3. 組合員期間1年以上の組合員が退職後6ヶ月以内に出産した場合。 上記1.~3. のいずれかに該当する場合は、出産費(家族出産費)受給申出書を添付して提出願います。</p>								
医 師 又 は 助 産 師 の 証 明 欄	出 産 し た 年 月 日	平 成	年 月 日	出 産 又 は 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 〇 月 〇 週)			
	出 生 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎 (児)		備 考				
<p>上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 医 療 機 関 名 医 師 ・ 助 産 師 の 氏 名 (印)</p>								
<p>上記のとおり請求します。 石川県市町村職員共済組合理事長 様 平成 年 月 日 住 所 組合員 (請求者) 氏 名 (印)</p>								
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 職 名 所属所長 氏 名 (印)</p>								

※欄は記入しないでください。

<添付するもの>

- ・産科医療補償制度対象分娩であった場合は、それを証明する所定の印が押印された領収書の写し
- ・直接支払制度を利用しないと合意した書面の写し