

事務局長	課長	課員

家族出産費請求書

※決定額	家族出産費	円
------	-------	---

組合員等	記号	フリガナ	所属機関	名称
	番号	組合員氏名		所在地
資格取得年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	資格喪失年月日	令和 年 月 日
フリガナ			続柄	認定年 月 日
出産者氏名				平成 令和
出産年 月 日		フリガナ		組合員との続柄
令和 年 月 日		出産児氏名		
請求金額	出産費	円	出産した場所 (医療機関等)	(名称)
	家族出産費			(所在地)
出産に関する 医師又は助産師の証明	生産・死産等の別	1 生産 2 死産 3 生産・死産混在	左記のとおり証明します。	
	生産の場合の 出生児数	人	〒	
	死産の場合	死産児数 人 妊娠から満 週 日	住所	
	出産年月日	令和 年 月 日	証明者 病院名 氏名	
上記のとおり請求します。				
香川縣市町村職員共済組合理事長 様				
令和 年 月 日 〒				
請求者 住所 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				
申立書	同一事由により他の社会保険から受けることができる出産費(分娩費)の権利は、本請求に伴い放棄します。			
	令和 年 月 日 出産者氏名			

- 1 申立書欄は、被扶養者として認定後6ヶ月以内の配偶者の方が他の社会保険から出産費を受ける権利を放棄する場合に記入してください。
- 2 産科医療保障制度対象分娩の確認のため、医療機関等が発行した領収書又は請求書の写し及び医療機関等との直接支払制度利用に関する合意文書(写し)を添付してください。
- 3 ※印欄は記入しないでください。