

# 出産費・家族出産費請求書

|       |
|-------|
| 受 付 印 |
|       |

|       |           |   |
|-------|-----------|---|
| 決定年月日 | 出 産 費     | 円 |
|       | 家 族 出 産 費 | 円 |

|      |      |        |     |    |                |
|------|------|--------|-----|----|----------------|
| 所属番号 | 所属所名 | 組合員証番号 | 氏 名 | 性別 | 生 年 月 日        |
|      |      |        |     | 男女 | 昭和<br>平成 年 月 日 |

|                |          |                   |                   |
|----------------|----------|-------------------|-------------------|
| 組 合 員 資 格 関 係  |          |                   |                   |
| 資 格 取 得        | 資 格 喪 失  | 任 継 組 合 員 資 格 取 得 | 任 継 組 合 員 資 格 喪 失 |
| 昭和<br>平成 年 月 日 | 平成 年 月 日 | 平成 年 月 日          | 平成 年 月 日          |

|           |                  |     |                |           |                   |     |    |                |                |
|-----------|------------------|-----|----------------|-----------|-------------------|-----|----|----------------|----------------|
| 出区<br>産時分 | 0. 在職中<br>1. 退職後 | 職 種 | 0. 一般<br>1. 特別 | 出区<br>産者分 | 1. 本 人<br>2. 被扶養者 | 氏 名 | 性別 | 生 年 月 日        | 認 定 年 月 日      |
|           |                  |     |                |           |                   |     | 女  | 昭和<br>平成 年 月 日 | 昭和<br>平成 年 月 日 |

|           |         |                     |           |
|-----------|---------|---------------------|-----------|
| 出 産 年 月 日 | 今回の出産児数 | 出 産 児 氏 名 及 び 続 柄   | 出 産 の 場 所 |
| 平成 年 月 日  | (注2) 人  | (氏名) (続柄) (氏名) (続柄) |           |

医 師 又 は 助 産 師 の 証 明

平成 年 月 日 様は、  
 出産(単胎・多胎 人)・死産・早流産(妊娠 ヶ月)<sup>(注3)</sup>したことを証明する。  
 平成 年 月 日

住所  
 証明者 氏名 (印)

|     |                   |   |
|-----|-------------------|---|
| 請求額 | 出 産 費 請 求 金 額     | 円 |
|     | 家 族 出 産 費 請 求 金 額 | 円 |

上記のとおり請求します。

島根県市町村職員共済組合理事長 様  
 平成 年 月 日

請求者 住所  
 氏名 (印)

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)

|     |     |     |   |
|-----|-----|-----|---|
| 課 長 | 主 幹 | 主 査 | 係 |
|     |     |     |   |

- 注1. 家族が被扶養者となって6月以内に出産した場合は、前の保険者への請求権を留保している場合があります。  
 前者への請求権放棄があった場合のみ請求に応じることとなりますので、家族出産費に関する申立書(裏面申立書)で申し出てください。
- 注2. 出産児数欄は今回出産した児数を記入してください。
- 注3. 妊娠4ヶ月以上(85日以上をいう。)を経過して胎児であったものを娩出した場合において、その胎児が4ヶ月未満で死亡していたときには、出産費又は家族出産費は支給されませんのでご注意ください。

## 添付書類

- ・直接支払制度を利用しない旨の医療機関等との合意文書の写し
- ・出産費用の内訳等が詳細に記された書面の写し
- ・産科医療補償制度に加入する医療機関等の医学的管理下において在胎週数22週に達した日以後に出産(死産を含む。)した場合は、それを証明する印が押された分娩費領収書の写し