

出 産 費 請 求 書
 家 族 出 産 費

照 合	係

決 定 額	※	円
-------	---	---

組 合 員 氏 名		記 号 番 号	—	所 属 機 関 名	
--------------	--	------------	---	--------------	--

資 格 取 得 年 月 日	平 成 令 和 年 月 日	資 格 喪 失 年 月 日	令 和 年 月 日
------------------	---------------------	------------------	--------------

出 産 者 氏 名	続 柄	出 産 年 月 日	令 和 年 月 日
--------------	-----	--------------	--------------

出 産 した 場 所	(名 称)
	(所 在 地)

医 師 又 は 助 産 師 の 証 明	令 和 年 月 日 は、単胎・多胎（ 児） を 出 産 ・ 死 産 ・ 早 流 産 （ 妊 娠 月 日 ） し た こ と を 証 明 す る 。 令 和 年 月 日 住 所 証 明 者 氏 名
---------------------------	---

出 産 費 家 族 出 産 費	請 求 金 額	円
--------------------	---------	---

上記のとおり請求します。

愛知県市町村職員共済組合理事長 様

令和 年 月 日

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

※印欄は記入しないでください。