

140 出 産 費 150 家族出産費 等請求書

保健課長	課長補佐	保健係長	合 議	主 任	支出決定伺

組合員区分	所属所番号	組合員等番号	組 合 員 氏 名		所 属 機 関 名
1 一般			フリガナ		
2 任継					
生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日					
給 付 種 別		※給付の有無	件数	請 求 金 額	※ 決 定 額
保 健 給 付	出 産 費 (在 職)		1件	産科医療補償 制度対象分娩 500,000 円	産科医療補償 制度対象分娩 500,000 円
	出 産 費 (退 職)			上記以外 円	上記以外 円
	家 族 出 産 費				
附 加 給 付	出 産 費 附 加 金		1件	20,000円	20,000円
	家 族 出 産 費 附 加 金				
厚 生 費	妊 婦 保 健 助 成 金		1件	5,000円	5,000円
互 助 会 給 付	出 産 費 助 成 金		1件	20,000円	20,000円
資 格 取 得 年 月 日		資 格 喪 失 年 月 日		出産費・家族 出産費貸付申請	出 産 費
3 昭和	年 月 日	5 令和	年 月 日	有 ・ 無	1 在 職 中
4 平成					2 資格喪失後 6 カ月以内
5 令和					
出産者氏名		組合員との続柄	扶養認定年月日 (家族出産費の場合のみ)		家 族 出 産 費
生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日		本人・妻	3 昭和	年 月 日	1 扶養認定後 6 カ月以内 2 扶養認定後6カ月経過
		その他 ()	4 平成		
		※	5 令和		
出産児氏名(死産時記入不要)		組合員との続柄	出 産 年 月 日		出 産 の 場 所
フリガナ		子・孫 その他 ()	令和 年 月 日		1 下段証明先病院 2 自宅 3 その他 ()
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(妊娠 週 日)・早産(妊娠 週 日)・流産(妊娠 週 日)した ことを証明する。 令和 年 月 日 住 所 証 明 者 医療機関名 氏 名 ⑩				
上記のとおり請求します。 千葉県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					
組合受付印		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 所属所長 職 名 氏 名			
再受付印					

〈添付書類〉

- 「直接支払制度を利用しない旨の合意文書(写)」
- 「出産費明細書(写)」※出産者、出産日、出産児数、代理受取額(0円の記載)を確認できるもの。
なお、産科医療補償制度対象分娩である場合には、「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言が明記された書類(写)も併せて添付のこと。