

140 出産費
150 家族出産費

等請求書

※ 窓口で全額自己負担された方の請求書です。
直接支払制度や受取代理制度を利用されている場合、
請求書が異なりますので、ご注意ください。

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 2 任継	9 9 9	1 2 3 4	フリガナ キョウサイ タロウ 共済 太郎 生年月日 昭和 (平成) 令和 ○年 ○月 ○日	□□□市	
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	上記以外
	家族出産費			円	円
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 4 平成 5 令和	○年 ○月 ○日	5 令和	○年 ○月 ○日	有・無	1 在職中 2 資格喪失後6カ月以内
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	
共済 花子		本人・妻 その他 ()	3 昭和 4 平成 5 令和	1 扶養認定後6カ月以内 2 扶養認定後6カ月経過	
生年月日	昭和・平成・令和 ○年 ○月 ○日	※	○年 ○月 ○日		
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 キョウサイ ハナノ		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、共済 花子 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 △△県□□□市□□1234 証明者 医療機関名 ○○○産婦人科医院 氏名 院長○○○				
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			住所 □□□市 □□□567		
			請求者 氏名 共済 太郎		
組合受付印		再受付印		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 □□□市長 氏名 △△△△	

証明印が必要です。

〈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。