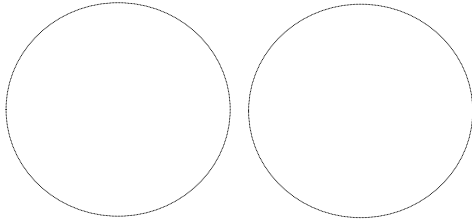


共済組合受付日付印

所属所受付日付印



決 裁	課 長	合 議	担 当

### 出 産 費 ・ 家 族 出 産 費 請 求 書

決 定 額	※	円
-------	---	---

組 合 員 の 記 入 欄	組合員証記号 及び番号又は 個人番号	-	組 合 員 氏 名		所 属 機 関	
	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) 出 産 者 氏 名		被 扶 養 者 認 定 年 月 日	昭 和 平 成 令 和	年 月 日	続 柄
	出 産 年 月 日	令 和	年 月 日			
	出産の場所					
<p>1. 組合員が共済組合の資格取得後6ヶ月以内に家族が出産した場合。  2. 家族が組合員の被扶養者になってから6ヶ月以内に出産した場合。  3. 組合員期間1年以上の組合員が退職後6ヶ月以内に出産した場合。  上記 1.～3. のいずれかに該当する場合は、出産費(家族出産費)受給申出書を添付して提出願います。</p>						
医 師 又 は 助 産 師 の 記 入 欄	出 産 した 年 月 日	令 和	年 月 日	生 産 又 は 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠	ヶ 月 ) 週
	出 生 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎 ( 児 )		備 考		
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医 療 機 関 名 医 師 ・ 助 産 師 の 氏 名 (印)					
上記のとおり請求します。 石川県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 住 所 組合員 (請求者) 氏 名						
上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。 令和 年 月 日 職 名 所属所長 氏 名						

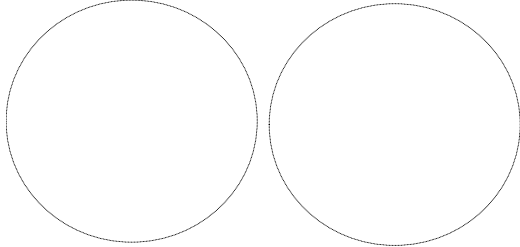
※欄は記入しないでください。

<添付するもの>

- ・領収書の写し
- ・直接支払制度を利用しないと合意した書面の写し

共済組合受付日付印

所属所受付日付印



決 裁	課 長	合 議	担 当

出 産 費 ・ 家 族 出 産 費 請 求 書

決定額	※
	円

組 合 員 の 記 入 欄	組合員証記号 及び番号又は 個人番号	123 - 456	組 合 員 氏 名	共 済 太 郎	所 属 機 関	〇〇市役所	
	資 格 取 得 年 月 日	昭 和 平成 30 年 4 月 1 日 令 和		資 格 喪 失 年 月 日	令 和 年 月 日		
	(フリガナ) 出 産 者 名 氏 名	キョウサイ ハナコ 共 済 花 子		被 扶 養 者 認 定 年 月 日	昭 和 平成 30 年 6 月 1 日 令 和	続 柄	妻
	出 産 年 月 日	令 和 4 年 5 月 5 日					
	出産の場所	〇〇病院					
<p>1. 組合員が共済組合の資格取得後6ヶ月以内に家族が出産した場合。                  2. 家族が組合員の被扶養者になってから6ヶ月以内に出産した場合。                  3. 組合員期間1年以上の組合員が退職後6ヶ月以内に出産した場合。                  上記 1.~3. のいずれかに該当する場合は、出産費(家族出産費)受給申請書を添付して提出願います。</p>							
医 師 又 は 助 産 師 の 記 入 欄	出 産 した 年 月 日	令 和 年 月 日		出 産 又 は 死 産 の 別	生産・死産 (妊娠 ヶ月 週)		
	出 生 児 の 数	単胎・多胎 ( 児)		備 考			
<p>上記のとおり相違ありません。                  令和 年 月 日                  医 療 機 関 名                  医 師 ・ 助 産 師 の 氏 名 (印)</p>							
<p>上記のとおり請求します。                  石川県市町村職員共済組合理事長 様                  令和 4 年 6 月 1 日 住 所 石川県〇〇市〇〇町〇〇番地                  組合員 (請求者) 氏 名 共 済 太 郎</p>							
<p>上記の記載事項に誤りが無いことを確認しました。                  令和 4 年 6 月 1 日 職 名 〇〇市長                  所属所長 氏 名 〇〇 〇〇</p>							

<添付するもの>

※ 領収書の写し

※ 直接支払制度を利用しないと合意した書面の写し