

※ 決裁	決定年月日	局長	課長	係長	係



出産費・家族出産費 請求書

フリガナ		※ 決定額		円
組合員氏名		組合員証記号番号 又は個人番号		
※資格取得日	年 月 日	所属機関		
※資格喪失日	年 月 日	被扶養者日		※ 年 月 日
出産者名	組合員との続柄 ()	出産日		平成 年 月 日
生産・死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産	出産児数		人
妊娠週数	満 週	請求金額		円
出産児氏名	組合員との続柄 ()	<input type="checkbox"/> 出産費 <input type="checkbox"/> 家族出産費		
出産の場所				
出産についての 医師又は 助産師の証明	分娩者氏名		分 娩 日	平成 年 月 日
	生産又は 死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 週)	出生児 の 数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (人)
	上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 〔医療施設名称・所在地〕 〔医 師 ・ 助 産 師〕			印
上記のとおり請求します。 岡山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 所属所長 〔職名〕 〔氏名〕 印				

【記入上の注意】

(2017.1 改訂)

- この請求書には、医療機関等から交付を受けた合意文書の写し（直接支払制度を利用しない旨、及び請求先となる保険者名が明記されている書面）を添付してください。
- 1の書類にあわせて、出産費用の内訳及び産科医療補償制度への加入の有無等が記載されている明細書の写しを添付してください。
- 印の箇所については、該当する□の中にレ印をしてください。
- ※印の欄は、記入しないでください。