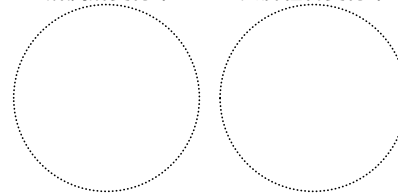


所属所受付印

共済組合受付印



出産費・家族出産費 請求書

フリガナ		組合員等記号番号 又は個人番号	
組合員氏名		所属機関	
※資格取得日	年 月 日	被扶養者 認定日	※ 年 月 日
※資格喪失日	年 月 日	出産の場所 (医療機関名等)	
出産者名	組合員との続柄 ()	出産日	令和 年 月 日
生産・死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産	「生産」の場合	出生児数 () 人
妊娠週数	満 週	「死産」の場合	死産児数 () 人
「死産」の場合 妊娠からの日数	日		
出産児 氏名	組合員との続柄 ()	【請求金額】 <input type="checkbox"/> 出産費 <input type="checkbox"/> 家族出産費	円
出産について の医師又は 助産師の証明	分娩者 氏名	分娩 年 月 日	令和 年 月 日
	生産又は 死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産(妊娠 週) 及び日数 (日)	「生産」の場合 出生児数 () 人 「死産」の場合 死産児数 () 人
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療施設名称及び所在地 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 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			

(2024.12改訂)

【記入上の注意】

- 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。
- 該当する口にはレ印を記入してください。また、※欄は記入しないでください。

以下は、共済組合使用欄につき、記入不要です。

局長	課長	課長補佐	係長	係	決定年月日	決定額
						円