

支給決定伺	支給決定金額	事務局長	課長	主幹・係長	課員	係
	¥	円				
	自	年	月	日		
	至	年	月	日		

出 産 費 請 求 書

家 族 出 産 費

組合員等 記号番号		組合員 氏名		所 属 機関名	
資格取得 年月日	年	月	日	資格喪失 年月日	年 月 日
出産者氏名 及び続柄	続柄			出 産 年月日	年 月 日
出 産 の 場 所	(名称) (所在地)				
医 産 師 婦	出産者氏名		出産年月日	年 月 日	
又 の は 証 明 助 明	生産又は 死産の別	(死産の場合、妊娠週数) 生産・死産 満 週 日	出産児の数	単胎・多胎 (児)	
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 証明者 住 所 氏 名				
上記のとおり出産費（家族出産費）を請求します。 佐賀県市町村職員共済組合理事長 様 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。 年 月 日 職 名 所属所長 氏 名					

- 1 医療機関等が発行した領収書、又は請求書を添付してください。
- 2 医療機関等から交付される直接支払制度を利用しない・できない旨を合意した文書を添付してください。

異動処理

--