

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					
	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日 日					

出 産 費 請 求 書 家族出産費

組合員証 記号番号		組合員 氏名		所 属 機関名	
資格取得 年月日	昭和 平成 年 月 日	資格喪失 年月日	平成 年 月 日		
出 産 者 氏名及び 続 柄	続柄		出 産 児 氏名及び 続 柄	続柄	
出 産 年月日	平成 年 月 日	出 産 の 場 所			
医 産 師 婦	出産者氏名		出産年月日	平成 年 月 日	
	生産又は 死産の別	生産・死産（妊娠 簡月）	出産児の数	単胎・多胎（ 児）	
又の は証 助明	上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 住所 証明者 氏名 印				
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 平成 年 月 日 住所 請求者 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					

- 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

--