

出 産 費 家 族 出 産 費 請 求 書

育児書配付の希望調査欄
(✓を付けてお知らせください)

希望する 希望しない

※希望者→別途配付申込書要提出

組合員証	記号	番号	組合員氏名	所属所名
個人番号 ※				※ 組合員証記号・番号を記入の場合は不要です。
資格取得年月日			出産した場所	(医療機関の名称等)
資格喪失年月日				(医療機関等所在地)
出産した者氏名	組合員との続柄	出産した年月日	生産又は死産の別	
		平成 年 月 日	1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在	
出産児の氏名	「生産」の場合の出生児数	「死産」の場合の死産児数	「死産」の場合、妊娠からの週数及び日数	
	人	人	満 週	日
出産した者の個人番号 ※				※ 組合員証記号・番号を記入の場合は不要です。
上記のとおり請求します。 熊本県市町村職員共済組合理事長 様 平成 年 月 日 請求者住所 (組合員) 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				

※出産についての医師又は助産師の証明を受け、下記の書類を添付して提出してください。

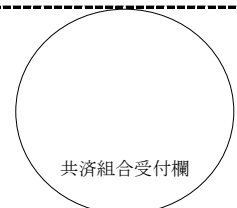
- ・産科医療補償制度に加入する医療機関等の医学的管理下において在胎22週に達した日以後に出産した場合は、医療機関等から発行される「**領収書等の写し**」
- ・医療機関等から交付される「**直接支払制度を利用しない旨を合意した文書の写し**」

出 産 に つ い て の 医 師 又 は 助 産 師 の 証 明 書

出産者した者氏名		出産年月日	平成 年 月 日	出生児の数	単胎・多胎 (児)
生産又は死産の別	生産 ・ 死産	「死産」の場合、妊娠からの週数及び日数		満 () 週	() 日
備考					
上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 医療施設の名称・所在地 証明者 医師・助産師の氏名 印 TEL ()					

共済組合使用欄 (これより以下には記入しないでください。)

決定伺	課長	課長補佐	係長	係員
下記のとおり決定してよろしいか。				
※ 決定額	円			



育児書（赤ちゃんとママ）配付申込書

組合員証		出産者（母）氏名	送付先	（指定の住所を記入してください。） 住所
記号	番号			
			〒 □□□□ - □□□□	