

# 出産費・家族出産費 請求書

組 合 員 等	記 号	番 号	所属機関名 (市・町・村・一部事務組合等)	
			名 称	
組 合 員 氏 名			所在地	
生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日		
資格取得年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	資格喪失年月日	令和 年 月 日
請 求 金 額	出 産 費 ・ 家 族 出 産 費		円	
出 産 者				6月以内
続 柄	氏 名		被 扶 養 者 認 定 年 月 日	※ 該 当 非該当
※			昭和 平成 令和	
出 産 年 月 日			出 産 の 場 所	
令和 年 月 日				
医 師 又 は 助 産 師 の 証 明	出 産 者 氏 名		出 産 年 月 日	令和 年 月 日
	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 週)	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します。 令和 年 月 日 医療機関等の名称・所在地 証明者 医師・助産師の氏名			
上記のとおり請求します。 長野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				
所属所受付印	上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。 令和 年 月 日 職名 所属機関の長 氏名			

**\* 医療機関等から交付される代理契約に関する文書の写し及び出産費用の領収・明細書の写しを添付してください。**

**「組合員資格喪失後6か月以内」又は「被扶養者認定後6か月以内」の出産の場合は、下欄も必ず記入してください。**

なお、下欄等他の健康保険制度へ「(家族)出産育児一時金」など同様の給付を請求する場合は、当共済組合へ請求できません。

申 立 欄	健康保険制度	記号番号	被保険者氏名
	「組合員資格喪失後6か月以内」→現在加入、「被扶養者認定後6か月以内」→認定前加入、の健康保険制度を記入してください。		
	長野県市町村職員共済組合への請求にあたり、他の制度へ同様の給付を請求しないことを申し立てます。 令和 年 月 日 請求者氏名		

※印欄は記入不要です。