

様式第6号

本人 出 産 費 請 求 書
 家族 家族 出 産 費

決定額	出 産 費	* 円
	家族出産費	* 円

組合員等記号・番号		組合員名前		組合員資格		任意継続組合員資格	
				取得*	年月日	取得*	年月日
				喪失*	年月日	喪失*	年月日
出 産 者 名 前		出 産 年 月 日		出生児数	被 扶 養 者 認 定 日		
		年 月 日		人	* 年 月 日		
出 産 の 場 所				請求金額	出 産 費	家族 出 産 費	円
				はい ・ いいえ *「はい」の場合は以下①②についてもご記入ください			
出 産 者 について	・組合員→退職後6か月以内の出産ですか。						
	・被扶養者→本組合の被扶養者認定後6か月以内の出産ですか。						
	① ・組合員→現在加入している保険者 ・被扶養者→本組合の被扶養者認定前に加入していた保険者 ※ 記号番号をお忘れの場合は、保険者名のみご記入ください。			保険者名			
			記号番号				
② 上記保険者から同一の出産にかかる給付を受けますか。			受けない ・ 受けた ・ 受ける予定				
医師又は助産師の証明	年 月 日 は、出産、死産（妊娠 月）、 早産（妊娠 月）、流産（妊娠 月）したことを証明する。 年 月 日 医療機関等の所在地及び名称 証 明 者 医師又は助産師名						
上記のとおり請求します。 広島県市町村職員共済組合理事長 様 年 月 日 請 求 者 住 所 名 前							
上記記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 所 属 所 長 職 名 名 前							

共済組合受付印	上記のとおり決定してよろしいか。				
	課長	課長補佐	係長	主務	係

- (注) 1. 組合員等記号・番号欄には、組合員等記号・番号又は個人番号を記入してください。
 2. 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。
 3. 2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明記されている明細書の写しを添付してください。
 4. *印欄は記入しないでください。

(この請求書に記載された事項は、電子計算組織に登録し処理を行います。)