

出 産 費 請 求 書
家 族 出 産 費

決 裁	課 長	係 長	主 任	副 主 任	決 定 額	※
組 合 員 証	記 号	組 合 員 氏 名	所 属 所 名			
	番 号					
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		
出 産 者 氏 名				出 産 年 月 日	令 和 年 月 日	
出 生 子 氏 名				出 産 の 場 所		
医 師 又 は 助 産 師 の 証 明	令 和 年 月 日 様 は、胎 児 を 名 出 産、早 産、 死 産・流 産（妊 娠 月・日）し た こ と を 証 明 す る。 令 和 年 月 日 住 所 証 明 者 氏 名 ㊟					
出 産 費・家 族 出 産 費 請 求 金 額					円	
上 記 の と お り 請 求 し ま す。 京 都 府 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 ㊟						
上 記 の 記 載 事 項 は、事 実 と 相 違 い な い も の と 認 め ま す。 令 和 年 月 日 職 名 所 属 所 長 氏 名 ㊟						

- 被扶養者が出産前6か月以内に健康保険組合等の被保険者であった場合、又は組合員が退職後6か月以内に出産し健康保険組合等の被扶養者になっている場合は、健康保険組合等に出産育児一時金の請求をしない旨の確約書を提出してください。
- ※印欄は記入しないでください。

※ 被扶養者認定 令和 年 月 日
年 月 日