

出産費・附加金
 家族出産費・附加金 請求書
 妊婦保健助成金

所属所名 (市町村等名)	○○市		組合員	氏名	共済 太郎		
組合員証 記号番号	記号 999	番号 9999		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	
出産者氏名 共済 花子				出産年月日 令和○年 ○月 ○日		出産場所 ○○病院	
家族出産の場合	扶養認定年月日	平成 令和	○年 ○月 ○日	家族の生年月日	昭和 平成 令和	○年 ○月 ○日	
	認定前の勤務先	○○株式会社 TEL ○○○-○○○-○○○					
	在職期間	○年 ○月 ○日 から ○年 ○月 ○日 まで					
医師又は 助産師の証明	令和 ○年 ○月 ○日 共済 花子 様は、 出産 死産・早産・流産(妊娠 ケ月) したことを証明する。 令和 ○年 ○月 ○日 住所 ○○市○○町 ○○-○○○ (証明者) 氏名 ○○病院 医師名						
請求内訳 (該当するものを○でかこむこと。)					請求金額		
出産費 家族出産費 • 同附加金 • 妊婦保健助成金					円		

上記のとおり請求します。

埼玉県市町村職員共済組合理事長 様
令和 ○年 ○月 ○日

郵便番号 **360-0064**
請求者 住 所 **さいたま市浦和区岸町7-5-14**
氏 名 **共済 太郎**

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

令和 ○年 ○月 ○日 **○○市長**
所属所長 **埼玉一郎**

課長		主幹		主査		係
----	--	----	--	----	--	---

【注】 死産・流産をした者が妊婦保健助成金を請求する場合は、医療機関（助産所を含む。）の発行する妊婦健康診断費に係る領収書
又は、当該診断費に要した費用の額に関する証拠書類（妊婦健康診断関係申立書）を添付すること。

受付番号