

## 出 産 費 ・ 家 族 出 産 費 請 求 書

(出産費附加金・家族出産費附加金)

第111条様式

区 分	内払金・差額	所 属 機 関 名	
組合員証 記号番号 又は 個人番号	記号	番号	組合員 氏 名
資格取得日	年 月 日	資格喪失日	平成 年 月 日
出 産 者 氏 名	(認定日 年 月 日)	続 柄	出 年 月 産 日 平成 年 月 日
出 産 児 氏 名		続 柄	出産の場所
請 求 金 額	出 産 費 円	出産費附加金 10,000円	決 定 額 円
	家族出産費	家族出産費附加金	* 円
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">群馬県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 請求者 氏 名 <span style="float: right;">①</span></p>			
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職 名 所属所長 氏 名 <span style="float: right;">②</span></p>			

- 注) 1 組合員証記号番号を記入する場合は、個人番号は記入しないでください。  
 2 家族出産費を請求する場合には、出産者氏名欄に被扶養者としての認定年月日を記入してください。  
 3 \*欄は記入しないでください。  
 4 多胎出産の場合には、出産児ごとにこの請求書を作成してください。  
 5 請求書には以下の書類を添付してください。
- ・母子健康手帳の「出生届出済証明」の記載のあるページの写し。
  - ・産科医療補償制度対象分娩であることを証明する所定の印が押された領収・明細書の写し。
  - ・医療機関等から交付される「直接支払制度利用に係る合意文書」の写し。

所属所  
担当者

①