

(出産費等の直接支払制度なし)

出 産 費・同附加金 請 求 書
家 族 出 産 費・同附加金

組合員証番号				所属コード				
組合員氏名				資格取得年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
出産者氏名		続柄		出産年月日	令和	年	月	日
出産児氏名		性別		出産の場所				
医師又は助産師の証明	令和 年 月 日 は、出産・死産・流産（妊娠 カ月）したことを証明する。 令和 年 月 日 証明者 住 所 氏 名							
請求金額	法定給付		円	附加給付				円
受取口座 ※資格喪失後の 場合のみ記入	銀行 信用金庫 信用組合			普通 支店 当座	口座番号			
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合青森支部長 殿 令和 年 月 日 (〒 -) (☎ - -) 請求者 住 所 氏 名								
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 (〒 -) (☎ - -) 所属所所在地 所属所名 職名 所属所長 氏 名								

- 1 この請求書を提出するときは、出産に係る費用の領収書の写しを添付してください。
- 2 請求書に記載された個人情報、業務を遂行するために利用するものであり、他の目的に使用することはありません。