

出 産 費

家 族 出 産 費

附 加 金

出産費等内払金支払依頼書

請 求 書

所属所受付年月日	共済組合受付年月日

												※ 決 定 額			
組 合 員 等 記 号・番 号				組 合 員 氏 名				所 属 名				出 産 費			
公立福井												家族出産費		円	
												出産費附加金			
												家族出産費附加金		円	
出 産 者 氏 名				生 年 月 日				所 属 コー ド				計			
				号 年 月 日										円	
												資 格 取 得		年 月 日	
												年 月 日			
				性別				続 柄				資 格 喪 失		年 月 日	
												年 月 日			
出 産 年 月 日				出 生 児 氏 名								出 生 の 場 所			
年 月 日				及 び 続 柄				(続 柄)							
請 求 金 額								円							
医 師 又 は 助 産 婦 の 証 明		年 月 日 早流産（妊娠 カ月）したことを証明する。 年 月 日 証明者 住所 氏名													
上記のとおり請求します。															
公立学校共済組合支部長 様 住所 年 月 日 請求者 氏名 組合員との関係															
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。															
年 月 日 職名 所属所長 氏名 TEL															

- 1 ※の欄は記入しないでください。
- 2 直接支払制度を利用する場合は、医師又は助産婦の証明欄の記載は不要です。
- 3 出生氏名及び続柄の欄は必ず記入(長男等)してください。