

家族出産費請求書  
家族出産費附加請求書

整理  
番号

組合員証 記号番号	NGY 123456	フリガナ	キョウサイ タロウ	所 属	総務局〇〇部 〇〇課	
	資格取得 年月日	昭和 平成 〇〇年〇月〇日	資格喪失 年月日		平成	年 月 日
	出産者氏名	共済 花子	出産児氏名	共済 愛子		
	出産年月日	平成××年×月×日	出産の場所	名古屋市〇〇区△△町1-2 名古屋産婦人科		
	出産前6か月以内 に勤務したことが あるときは、その	名 姓	6か月以内に扶養認定している者について勤 務していたかどうかを確認する。勤務していた 場合には、家族出産費の請求に関する申立書 を提出する。			組合員証(被保険者証)の記号・番号 日~ 日
	家族出産費 請求金額					10,000円
医師・ 助産師 又は市 区町村 長証明 欄	出産年月日	平成 年 月 日	生産・死産の別	生産 死産	(妊娠 カ月・週)	
	出生児の数	単胎・多胎( 児)				
	上記のとおり相違ないことを証明します。 医療機関の名称 平成 年 月 日 医師・助産師名 印					
	本 籍	愛知県名古屋市△△区〇〇町3-4				
出生届日	平成△△年△月△日	出生児氏名	共済 愛子	出生年月日	平成××年×月×日	
上記のとおり相違ないことを証明します。 平成〇〇年〇月〇日 市区町村長名 名古屋市△△区長 名古屋 一郎 印 (印)						
上記のとおり請求します。 名古屋市職員共済組合理事長 様 平成〇〇年〇月〇日 請求者 住所又は所属 総務局〇〇部〇〇課 氏名 共済 花子 共済 印						
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成〇〇年〇月〇日 所属所長 職名 総務局総務課長 氏名 総務 一郎 総務 印						
主 管	課長	係長	係	決定額	家族出産費	円
	総務	印	印		家族出産費附加金	円

<注意事項>

- 医師・助産師又は市区町村長の証明にかえて、戸籍抄本を添付しても結構です。
- 出生に関する証明は、本籍地もしくは出生届を提出した市区町村長、出産の介助をした医師または助産師のいずれかから受けてください。
- 死産の場合は、医師から証明を受け、妊娠何カ月(何週)目の死産であるかを( )内に記入してもらってください。