

記入例  
直接支払制度を利用しない場合

出産費請求書  
家族出産費

決定伺	課長	係長	係

決定額	円
-----	---

組合員証記号番号 又は個人番号	組合員氏名 (ふりがな) きょうさい たろう	所属機関名
〇〇 〇〇	共済太郎	〇〇〇市役所

家族出産費の場合  
扶養認定後6月以内の出産については、認定以前に加入していた健康保険の加入期間を、共済へご報告ください。

〇〇年〇月〇日	資格喪失日 年 月 日	令和 年 月 日
共済花子	出産児氏名	(ふりがな) きょうさい 〇〇 身分関係
		共済 〇〇 長男

産科医療補償制度  
対象外分娩の場合は、  
404,000円です。

〇〇年〇月〇日	〇〇産婦人科				
被扶養認定 年 月 日	令和 〇〇年〇月〇日	求額	〇	家族出産費	420,000 円

医師又は 助産婦の 証明	令和〇年〇月〇日、 <u>共済花子</u> は、 <u>出産</u> ・死産・流産 (妊娠週数 満 〇 週 〇 日) したことを証明する。 住所 〇〇〇 〇〇 〇〇〇〇 証明者 氏名 〇〇産婦人科
--------------------	--

上記のとおり請求します。  
令和 〇年 〇月 〇日  
沖縄県市町村職員共済組合理事長 殿  
請求者 住所 〇〇〇 〇〇 〇〇〇〇  
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 〇年 〇月 〇日  
所属所長 職名 〇〇〇〇〇  
氏名 〇〇〇〇

注意 家族出産費で認定後6月以内の出産の場合、認定以前に加入していた健康保険(国保以外)の保険者が証明する「出産育児一時金不支給証明書」の添付が必要になる場合があります。