

出産費 家族出産費 出産費附加金 家族出産費附加金 出産見舞金（互） 請求書

共済	請求書コード	組合員番号	出産年月日				出産	死産	※決定額		
2	S3		年	月	日						
組合員								職名			
所属所		公立学校共済組合東北中央病院									
資格取得日		年 月 日				資格喪失日		年 月 日			
家族出産費請求の場合、出産者の被扶養者認定年月日						年 月 日					
出産者氏名		(続柄)				出産の場所					
出生児氏名及び続柄		(続柄)				第 子					
		(続柄)				第 子					
		(続柄)				第 子					
請求金額											円
医師の証明 又は 助産師の証明 (直接支払制度 利用の場合、 証明不要)		(出 産 者 氏 名) 年 月 日 は 出産、早産(妊娠 週)、死産、流産(妊娠 週)、したことを証明する。(※) (※ 不要の文字を抹消すること) 年 月 日									
		医療機関名 証明者 所 在 地 氏 名									(印)
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合山形支部長 殿 住 所 山形県教職員互助会理事長 年 月 日 請求者 氏 名 電話番号 ()											(印)
備考		1. ※欄は共済(互助会)で記入。 2. 死・流産児数は、出産児数の内数としてください。 3. 産科医療補償制度 対象分娩の場合は、その旨を説明する所定の印を受けた領収書等の写しを添付してください。 4. その他、共済(互助会)が必要と認める書類を添付してください。									所属所受付印

所属所電話番号 **023-623-5111**