

課長	補佐・主幹	係長	係	関係職員

決定額	出産費 家族出産費	円
	附加金	円

出産費等 請求書

組合員証記号番号	組合員氏名	生年 月 日
—		昭和 平成 令和 年 月 日
所属 所 名	所属 所 所在地	
資格取得年 月 日	資格喪失年 月 日	
昭和 平成 令和 年 月 日	令和 年 月 日	
出産者氏名及び続柄	家族出産費請求の場合の被扶養者認定年月日	
続柄	平成・令和 年 月 日	
出産年 月 日	出産の場所	
令和 年 月 日		
医師又は助産師の証明	前記の者は令和 年 月 日 を出産・死産・早流産(妊娠 か月)したことを証明する。 令和 年 月 日 住所 証明者 氏名 (署名又は記名押印)	
上記のとおり請求します。 静岡県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 住所 請求者 氏名		
上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。 令和 年 月 日 職名 所属所長 氏名		

出産費等とは、出産費・出産費附加金、家族出産費・家族出産費附加金のことをいいます。