



局長		次長		課長		課長補佐		係長		係	
----	--	----	--	----	--	------	--	----	--	---	--

出 産 費 請 求 書

家族出産費

		決 定 額		※		円	
組 合 員 等 号	—	組 合 員 氏 名		所 属 機 関 名			
資 格 取 得 日	昭 和 年 月 日	資 格 喪 失 日	平 成 年 月 日				
家 族 認 定 日	平 成 年 月 日	出 産 児 氏 名		(続 柄)			
出 産 者 氏 名		及 び 続 柄					
出 産 年 月 日	令 和 年 月 日	出 産 費 請 求 金 額		円			
出 産 の 場 所		家 族 出 産 費					
医 師 又 は 助 産 婦 の 証 明	令和 年 月 日 は、出産・死産・早流産(妊娠 カ月) したことを証明する。 令和 年 月 日 住 所 証 明 者 氏 名						
上 記 の と お り 請 求 し ま す 。 高知県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 請 求 者 住 所 氏 名							
上 記 の 掲 載 事 項 は 事 実 と 相 違 い な い も の と 認 め ま す 。 令和 年 月 日 所 属 所 長 職 名 氏 名							

- 注
- 1) 法定給付額(1児につき)は、50万円(産科医療補償制度対象分娩でない場合は48万8千円)です。(令和5年4月1日以降の出産)
 - 2) 医療機関等からの出産費用の内訳等が明記されている明細書の写しを必ず添付してください。
 - 3) 直接支払制度を活用しない旨の合意文書の写しを必ず添付してください。
 - 4) ※印欄は記入しないでください。
 - 5) 請求者の署名及び所属所長の証明欄をあらかじめ印字している場合は、必ず所属所受付印を押印してください。