

出産費・附加金  
 家族出産費・附加金 請求書  
 妊婦保健助成金

所属所名 (市町村等名)			組 合 員	氏 名		
組合員証 記号番号	記 号	番 号		生年月日	昭和 平成	年 月 日
資格取得年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	資格喪失年月日	令和	年 月 日	
出産者氏名			出産年月日		出産場所	
			令和 年 月 日			
家族出産の場合	扶養認定年月日	平成 令和	年 月 日	家族の生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	認定前の勤務先	TEL — —				
	在職期間	年 月 日 から 年 月 日 まで				
医師又は 助産師の証明	令和 年 月 日 様は、出産・死産・早産・流産(妊娠 ヶ月) したことを証明する。 令和 年 月 日 住所 (証明者) 氏名					
請求内訳 (該当するものを○でかこむこと。)					請求金額	
出産費 (家族出産費) ・ 同附加金 ・ 妊婦保健助成金					円	
上記のとおり請求します。 埼玉県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 郵便番号 — 請求者 住所 氏名						
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 所属所長						

課長		主幹		主査		係	
----	--	----	--	----	--	---	--

【注】 死産・流産をした者が妊婦保健助成金を請求する場合は、医療機関(助産所を含む。)の発行する妊婦健康診断費に係る領収書  
 又は、当該診断費に要した費用の額に関する証拠書類(妊婦健康診断関係申立書)を添付すること。

受付番号	
------	--