

# 出 産 費 請 求 書

## 配偶者出産費

種別コード	0	2	一般財団法人 長崎県教職員互助組合理事長 様 下記のとおり請求します。 平成      年      月      日		請求金額	
所 属 名	所 属 番 号					印
氏 名	組 合 員 番 号					
	0					

識別コード	3	0	0	2			
出 産 者 氏 名							
1 出産児氏名					出産児続柄		
(双生児等の場合) 2 出産児氏名					出産児続柄		
出 産 年 月 日	平成	年	月	日	出産の場所		
医 師 又 は 助 産 婦 の 証 明	_____は平成      年      月      日 出産 (妊娠      か月) 死産 流産 したことを証明する。 平成      年      月      日 病院名 証明者 住 所 氏 名						印
上記のとおり相違ないことを証明します。 平成      年      月      日 所属長職氏名							印

※ 組合員本人が出産した場合は医師等の証明は不要です。ただし、4か月以上の流産・死産については医師等の証明が必要です。