

# 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				請求金額	
下記のとおり請求します。 平成      年      月      日						円		
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		<p style="text-align: right;">出 産 日 死 産 (妊 娠    月) 流 産</p> <p>_____は平成      年      月      日</p> <p>したことを証明する。</p> <p style="text-align: center;">平成      年      月      日</p> <p style="text-align: center;">病院名 証明者 住 所 氏 名</p>						
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">平成      年      月      日</p> <p style="text-align: center;">所属長職氏名</p>								

※ 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。