

出産費請求書

配偶者出産費

種別コード	02	一般財団法人 長崎県教職員互助組合理事長 様		請求金額	30,000 円
下記のとおり請求します。 平成 ○○年○○月 ○○日					
所属名	所属番号	長崎市立○○小学校			印
氏名	組合員番号	互助太郎			(互助)

識別コード	3002	出産者氏名		互助花子	
1 出産児氏名	互助一郎	出産児続柄	長男 ←		
(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	○○○病院 ○○市○○町○○番地		
医師又は助産婦の証明	互助花子 は平成○○年○○月○○日 <u>出産</u> (妊娠○か月) 流産 したことを証明する。 平成○○年○○月○○日 病院名 ○○○病院 証明者住所 ○○市○○町○○番地 氏名 ○○ ○○				
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 長崎市立○○小学校長 長崎 正					

※ 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。

「子」ではなく、「長男」「長女」等を具体的に記入してください。