

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	円
下記のとおり請求します。 平成 年 月 日					
所属名	所属番号				印
氏名	組合員番号				
0	-				

識別コード 3002			
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</p> <p>_____は平成 年 月 日死産(妊娠 か月)</p> <p style="text-align: right;">流産</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: right;">病院名</p> <p style="text-align: right;">証明者 住所</p> <p style="text-align: right;">氏名</p>		
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。

※ 配偶者出産費の場合は医師等の証明が必要です。医師等の証明は「出産(出生)証明書」または「母子手帳(子の保護者のページ)」の写しでも可。