

出 産 費 請 求 書

配偶者出産費

記入例

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 下記のとおり請求します。 平成 ○○年 ○○月 ○○日	請求金額	30,000 円
所属名	所属番号 1 2 3 4 5	○○市立○○小学校		印
氏名	組合員番号 0 1 2 3 4 5 - 6	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	<p style="text-align: right;">(出産)</p> <p style="text-align: center;">互 助 花 子 は平成○○年○○月○○日死産 (妊娠○か月) 流産</p> <p style="text-align: center;">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 ○○○○病院 証明者 住所 ○○○市○○町○○番地 氏名 ○○ ○○</p> <div style="text-align: right; border: 2px solid red; border-radius: 50%; padding: 5px;">印</div>		
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 ○○○市立○○小学校長 公 長 崎 正			

「子」ではなく、「長男」「長女」等を具体的に記入してください

※ 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。