

# 出 産 費 請 求 書

## 配 偶 者 出 産 費

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。

		請求日	年	月	日
所属名				請求金額	30,000 円
組合員番号	0	氏名			

出産者氏名			
出産児氏名		出産児続柄	
出産児氏名 <small>(双生児等の場合)</small>		出産児続柄	
出産年月日	年 月 日		

出産については、以下の医師等の証明欄によらず、必要書類(裏面参照)を添付のうえ請求してください。  
 妊娠4か月以上の流産・死産については、以下の証明欄に医師等の証明(別途、妊娠4か月以上で流産・死産となった事実を証明する書類の添付も可)を受けて、請求してください。

医師又は助産師の証明	_____ は _____ 年 _____ 月 _____ 日に
	死産(妊娠 _____ か月) _____ したことを証明する。 流産(妊娠 _____ か月)
	_____ 年 _____ 月 _____ 日
	医療機関名 _____ 職・氏名 _____
	印
妊娠4か月以上の流産又は死産が出産費の対象となります。	

(提出不要ページ)

添付書類	<p>出産の場合、以下の書類のうち1点を添付してください。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 母子手帳(子の保護者のページ)の写し</li><li>・ 出生証明書の写し</li><li>・ 医師等が発行する出生の事実を証明する書類の写し</li></ul> <p>流産・死産の場合、以下のいずれかの方法で請求してください。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 請求書の「医師又は助産師の証明欄」に証明を受ける。</li><li>・ 妊娠4か月以上で流産・死産となった事実を証明する書類を添付する。</li></ul>
------	---

請 求 書 提 出 先 / お 問 合 せ 先

〒850-8566

長崎市尾上町3番1号 県教育庁福利厚生室内

一般財団法人長崎県教職員互助組合 宛

TEL:095-824-4721