

# 出産費 配偶者出産費 請求書

所属受付日欄
受付
〇〇.〇〇.〇〇
〇〇小学校

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	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
所属名	〇〇市立〇〇小学校	請求金額	30,000 円
組合員番号	0 1 2 3 4 5 - 6	氏名	互助 太郎

出産者名	互助 花子		
出産児名	互助 一郎	出産児続柄	長男
出産児名 <small>(双生児等の場合)</small>		出産児続柄	
出産年月日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		

「子」ではなく続柄を具体的にご記入ください

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	〇〇 〇〇 は 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日に
	死産(妊娠 〇 か月) したことを証明する。
	流産(妊娠 5 か月)
	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
医療機関名	医療法人〇〇病院
職・氏名	医師 〇〇 〇〇
	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。	

出産については、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

(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