

出 産 費 請 求 書

(直 接 支 払 制 度 用)

組合員の 記号番号 (職員番号)	仙 市	組合員氏名	所 属
資格取得年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	資格喪失年月日 令和 年 月 日
出産者氏名			出産の場所 (医療機関名称)
出産年月日	令和 年 月 日	出生児氏名 及び続柄	(続柄)
生産又は 死産の別	1 . 生産 2 . 死産 3 . 生産・死産混在		
「生産」の場合 出生児数	人	「死産」の場合 出生児数	人
		「死産」の場合 妊娠からの週数及び日数	満 週 () 日
上記のとおり請求します。			所 属 所 確 認 欄 (課 収 受 印)
仙台市職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 住 所 組合員 氏 名 (自署又は記名押印) 日 中 連 絡 先 電 話 番 号			

- 【添付書類】 1. 「直接支払制度」を利用して出産した場合は、分娩機関から交付された明細書(写)と合意文書(写)。
 2. 死産、早流産の場合は、妊娠週と医師の証明がわかるもの(母子手帳の出産の状態のページ(写)又は、死産証明書(写))

共 済 組 合 受 付 印	共 済 組 合 処 理 欄		
	出 産 費 ・ 家 族 出 産 費		円
決定額	内 払 金	直接支払額	円
	差 額 請 求	組合員送金額	円