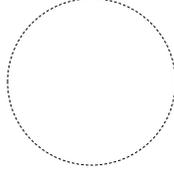


受付印



短期請求等様式第6号

決 裁	事務局長	次長	課長	主幹	G L	担当	合議
※ 決定年月日							

出 産 費 家 族 出 産 費		決 定 額	出 産 費 家 族 出 産 費	※	円
組合員等 記号・番号	—	組合員 氏 名	所属所名		
資格取得年月日	年 月 日	資格喪失年月日	年 月 日		
出 産 者 氏 名 組合員との続柄	続柄 (※ 年 月 日認定)		出 産 年 月 日	年 月 日	
	単胎 ・ 多胎 ( 児 )				
出 産 の 場 所 ( 医 療 機 関 等 )	名称				
	所在地				
医 師 又 は 助産師の証明	年 月 日 殿は、出産・死産・早流産 (妊娠 週) [ 単胎 ・ 多胎 ( 人 ) ] したことを証明する。 年 月 日 住 所 証明者 医 療 機 関 名 医師・助産師氏名				
請 求 金 額	出 産 費	家 族 出 産 費	円		
上記のとおり請求します。 滋賀県市町村職員共済組合理事長 殿 年 月 日 住 所 請 求 者 氏 名					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 職 名 所 属 所 長 氏 名					

- (注) 1 出産の証明として、「医師又は助産師の証明」を受けるか、医師又は助産師の証明書を添付してください。  
 2 医療機関等からの出産費用の内訳等が明記されている明細書及び直接支払制度を活用しない旨の合意文書を必ず添付してください。  
 3 他の健康保険組合等に出産に関する給付を請求できる権利がある場合は、その権利を放棄する旨の申立書を添付してください。  
 4 ※印欄は記入しないでください。