

所属所名		組 合 員 名 組 氏 名		資 格 取 得 年 月 日 平成 令和 年 月 日	
所属所コード		組 合 員 号 組 番 号		資 格 喪 失 年 月 日 平成 令和 年 月 日	
出 産 者 フリガナ	組 合 員 と の 関 係 本 人 ・ 被 扶 養 者		出 産 児 フリガナ	続 柄 (長男等)	
	氏 名	被扶養者の場合は資格取得年月日 平成 令和 年 月 日			
出 産 年 月 日 令和 年 月 日		出 産 の 場 所 (名 称 及 び 住 所)			
医 師 又 は 助 産 師 の 証 明 *	上記の出産者は、令和 年 月 日に、男児・女児を 出 産 ・ 早 産 ・ 流 産 ・ 死 産 (妊 娠 妊 婦) し た こ と を 証 明 す る 。 令和 年 月 日				住 所 氏 名 (印)
	証 明 者 (医 師 又 は 助 産 師)				
出 産 に 要 し た 費 用	円	医 療 機 関 に 支 払 っ た 金 額	円	産 科 医 療 補 償 制 度 対 象 分 娩 該 当 の 有 無	有 ・ 無
請 求 金 額	法 定 給 付			附 加 金	
	円			50,000 円	
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合千葉支部長 様 令和 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。 令和 年 月 日 丁 所 属 所 住 所 所 属 所 名 所 属 所 長 名 電話番号					

* 注意事項

「医師又は助産師の証明」を記載する場合は、できる限り本指定欄に受けてください。

◆ 添付書類 (★記入例や手引きも必ずご覧ください。)

1 直接支払制度を利用する場合

- 「医療機関等と直接支払制度を利用する旨を合意した文書の写し」
- 出生日と妊婦合計負担額の記載がある「出産費用明細書 (分娩費用明細書) の写し」
- 「領収書等の写し」

※ 「医師又は助産師の証明」は妊娠4ヶ月 (85日) 以上22週未満の出産 (死産・流産含む) の場合のみ必要

2 直接支払制度を利用しない場合

- 「医師または助産師の証明」 (必須)
- 出生日と妊婦合計負担額の記載がある「出産費用明細書 (分娩費用明細書) の写し」
- 「直接支払制度を利用していない旨の記載がある領収書等」または「医療機関等と直接支払制度を利用しない旨を合意した文書の写し」
- 「領収書等の写し」

3 多胎児の場合、請求書は出産児1人に対して1部ずつ提出してください。

所 属
受 付 印