|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 出　産　費・出　産　費 附加金  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　請求書  家族出産費・家族出産費 附加金 | | | | | 共済組合受付印 |
|  |
| 組合員証  記号番号 | 公立福岡 | | 所属所名 |  | |
| 組合員氏名 |  | | 出産した者の氏名 |  | |
| 出産年月日 | 年 　　月 　　日 | | 出産の場所  （医療機関名） |  | |
| 出産児数 | 単　胎 ・ 多　胎（　　人） | | 左記のうち流死産数  及び在胎週数  ※流死産の場合記入 | 流死産児数　　　　　　人  在胎　　　　週　　　　日 | |
| 生まれた子の氏名 | 続柄(　　　) | | |  | |
| 続柄(　　　) | | |
| 続柄(　　　) | | |
| 直接支払制度利用の有無 | | 有　・　無　（無の場合、出産証明書が必要です） | | | |
| 上記のとおり請求します。  公立学校共済組合福岡支部長　殿  令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　ＴＥＬ　 (　　　　)－(　　　　)－(　　　　)  　　　　　　　　　　　　〒  請求者　　住所  　氏名　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | |
| 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  　　　　　 ＴＥＬ　 (　　　　)－(　　　　)－(　　　　)  所属所長　職名  氏名　　　　　　　　　　　　　　職印 | | | | | |

【添付書類】

①直接支払制度の合意文書の写し

②出産育児一時金明細書の写し（出産年月日・出産児数・代理受取額の記載があるもの。また、産科医療補償制度の対

象の出産の場合は、「産科医療補償制度加入機関」の所定のスタンプが押印されていること）

③《直接支払制度を利用しない場合》出産証明書（別添様式）

（任意の様式でも可。ただし、別添様式の事項を全て記載してあるもの）