|  |  |
| --- | --- |
| 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　　（記名押印又は署名） |
| 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 　　　　　 ＴＥＬ　 (　　　　)－(　　　　)－(　　　　)所属所長　職名　氏名　 |

【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・産科医療補償制度の掛金額・代理受取額の記載があるもの。）

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）