

出産費・出産費附加金
家族出産費・家族出産費附加金

請求書

共

所 属 コード	組 合 員 番 号	出 産 年 月 日			
所 属 所 名	組 合 員 氏 名	年号	年	月	日
		5			

* 直接支払制度を利用しない場合の請求用

医 師 又 は 助 産 師 の 証 明 ※ (注) 2	出 産 者 氏 名	
	出 産 年 月 日	令和 年 月 日
	出 産 場 所	
	出 産 児 数 等	・生産（単児、多胎児（ 児）） ・死産、流産（単児、多胎児（ 児）、妊娠 か月）
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 所在地 証明者 名 称 氏 名 印	

出産児	氏 名		続 柄		
資格取得 年 月 日	年 月 日	資格喪失 年 月 日	年 月 日	出産した 被扶養者 認定年月	年 月 日
請求金額	産科医療補償制度対象の 出産費・家族出産費	420,000 円	出産費附加金・家族出産費 附加金	50,000 円	
	産科医療補償制度の対象とな らない出産費・家族出産費	404,000 円			

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合群馬支部長 様

令和 年 月 日

住 所
請求者 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

所 属 所
所属所長 職 名
氏 名 印

所 属 所 電 話 番 号

共済組合 受付日	(注) 1 家族出産費を請求する場合は、出産した被扶養者の認定年月日を記入してください。 2 医師又は助産師の証明については、戸籍法第49条の規定による出生証明書の写又は死産の届出に関する規程第6条に規定する死産証明書若しくは死体検案書の写（市区町村長が原本証明したもの）に換えることができます。 3 医療機関等が交付する出産費用の領収明細書（写し可）を添付してください。（産科医療制度の対象確認） 4 医療機関等が交付する直接支払制度を利用しない合意文書（写し可）を添付してください。	所 属 所 受 付 日	
-------------	--	----------------------------	--