

所属所受付印

受付印を必ず押すこと！

出産費・家族出産費・同附加金・
(互) 出産手当金 請求書 (直接支払制度利用)

組合員氏名		給付		出 産 年 月 日				出産児		※決定額				※		※決定額						
組合員証番号		内容		年号	年	月	日	数	(内)流死	出 産 費 家 族 出 産 費				続 柄 コード		出産費・家族出産費 附 加 金						
広島 合子		A		5	0	5	0	4	1	2	1	0										
1 2 3 4 5 6																						
※ 被扶養者認定年月日 平成 年 月 日										※医療機関への支払額				所 属 所 名								
										出産費・家族出産費				所 属 コー ド								
														〇〇小学校 1 2 3 4 5								
組合員資格取得年月日				昭和 平成 30 年 4 月 1 日				組合員資格喪失年月日				令和 年 月 日										
出 産 者 氏 名		広 島 合 子				医 療 機 関		名 称		〇〇産婦人科												
出 産 児 氏 名		広 島 育 美						所在地		〒〇〇〇-〇〇〇〇 TEL〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇区△△七丁目10-24												
請求金額	出産費・家族出産費(*)		0 円				* 出産費・家族出産費の請求金額＝「50万円」－「代理受取額」 注1) 「50万円」は、産科医療補償制度の対象分娩でない場合は、「48万8千円」となります。 注2) 「50万円」は、令和5年3月31日以前の出産については、「42万円(対象分娩でない場合は「40万8千円」)」となります。 注3) 「代理受取額」は、医療機関等から交付される「費用の内訳を記した明細書」で確認してください。															
	同附加金		50,000 円																			
	(互)出産手当金		10,000 円																			
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合広島支部長 一般財団法人広島県教育職員互助組合理事長 令和 5 年 4 月 20 日 請求者 住所 〇〇市〇〇区〇△二丁目 3-8 氏名 広 島 合 子																						
上記の記載事項は、事実と相違ないことを認めます。 令和 5 年 4 月 20 日 所属所名 〇〇市立〇〇小学校 所属所長 職・氏名 校長 公 立 薫																						

○給付内容コード	出産費・家族出産費、出産費附加金、家族出産費附加金		A
	家族出産費のうち、家族の出産日が共済組合の被扶養者認定日から6か月以内のとき		B
○添付書類	・直接支払制度についての合意文書（医療機関等から交付） ・費用の内訳を記した明細書（出産年月日、出産児数、代理受取額等の記載があるもの）		

※欄は記入しないでください。