様式第62号の2（出産費等通知書）

所属所受付印

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 組合員等番号	給付内容	出産年月日 年号	年	月	日	出産児 数	(内)流死	※決定額 出産費 家族出産費	※続柄コード	※決定額 出産費・家族出産費 附加金
		5						円		円

※被扶養者認定年月日	※医療機関への支払額 出産費・家族出産費	所属所名 所属コード
平成 令和　年　月　日	円	

組合員資格取得年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	組合員資格喪失年月日	令和　年　月　日
出産者氏名		医療機関 名称	
出産児氏名		医療機関 所在地	〒　TEL

請求金額		
	出産費・家族出産費（*）	円
	同附加金	円
	（互）出産手当金	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）「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。

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　様

令和　年　月　日

請求者　住所
氏名

上記の記載事項は、事実と相違ないことを認めます。

令和　年　月　日

所属所名

所属所長　職・氏名

○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。