

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)

受付印を必ず
押すこと！

組合員氏名	給付	出 産 年 月 日				出産児	※決定額				※	※決定額									
組合員等番号	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	〇	〇	0	4	1	2	1	0											
1	2	3	4	5	6																
										※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							
※ 被扶養者認定年月日														〇〇小学校							
平成 令和 年 月 日														1 2 3 4 5							
組合員資格取得年月日		昭和 平成 令和 〇 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) 「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 様 一般財団法人広島県教育職員互助組合理事長 令和 〇 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 〇 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。