

# 記入例

様式第62号（出産費通知書）

出産費・家族出産費  
出産費附加金・家族出産費附加金  
(互)出産手当金

請求書

所属所受付印

受付印を必ず押すこと！

| 組合員氏名<br>組合員証番号   | 給付<br>内容              | 出産年月日         |   |   |                  | 出産児<br>数     | ※ 決 定 額              |           | ※続柄<br>コード |               |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|---|-----------------------|---------------|---|---|------------------|--------------|----------------------|-----------|------------|---------------|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|
|   |                       | 年<br>号        | 年 | 月 | 日                |              | 内<br>流産<br>死産        | 出産費・家族出産費 |            | 同附加金          |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 広島組子  |                       | 1             | 5 | 0 | 3                | 0            | 5                    | 1         | 1          | 1             | 0 |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 1   | 2                     | 3             | 4 | 5 | 6                | 1            | 5                    | 0         | 3          | 0             | 5 | 1 | 1 | 1 | 0 |  |  |  |  |  |  |  |
| ・「給付内容」欄は下記の給付内容コードを記入してください。<br>・※欄は記入しないでください。        |                       |               |   |   |                  |              | ※ 決 定 額<br>(互) 出産手当金 |           |            | 所属所名<br>所属コード |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                       |               |   |   |                  |              | 円                    |           |            | 〇〇小学校         |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                       |               |   |   |                  |              |                      |           |            | 1 2 3 4 5     |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 組合員資格取得<br>年 月 日  | 昭・平・令 26年 4月 1日       |               |   |   | 組合員資格喪失<br>年 月 日 | 令和 年 月 日     |                      |           |            |               |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 出産者氏名   | 広島組子                  |               |   |   | ※ 被扶養者<br>認定年月日  | 平成・令和 年 月 日  |                      |           |            |               |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 出産児氏名   | 広島 勉                  |               |   |   |                  |              |                      |           |            |               |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 医師又は<br>助産婦の<br>証明欄                                     | 出産者氏名                 | 広島組子          |   |   |                  | 出産年月日        | 令和 3年 5月 11日         |           |            |               |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 生産又は<br>死産の別          | 生産・死産(妊娠 月 週) |   |   |                  | 出産児数         | 単胎・多胎( 児)            |           |            |               |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 上記のとおり証明する。           |               |   |   |                  | 令和 3年 5月 18日 |                      |           |            |               |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療機関の所在地・名称   |                       |               |   |   | 〇〇市△△区1-2-3      |              |                      |           |            |               |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 医師又は助産婦名  |                       |               |   |   | 〇〇 〇〇〇           |              |                      |           |            |               |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 請求額   | 出産費                   | 420,000 円     |   |   |                  | 同附加金         | 50,000 円             |           |            |               |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 家族出産費<br>(互)<br>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<br>一般財団法人広島県教育職員互助組合理事長<br>令和 3年 5月 24日 |                       |               |   |   |                  |              |                      |           |            |               |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 請求者 住所 〇〇市□□区〇△二丁目3-8<br>氏名 広島 組子                       |                       |               |   |   |                  |              |                      |           |            |               |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。<br>令和 3年 5月 25日                |                       |               |   |   |                  |              |                      |           |            |               |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 所属所名 〇〇市立〇〇小学校<br>所属所長 職・氏名 校長 公立 薫                     |                       |               |   |   |                  |              |                      |           |            |               |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |

産科医療補償制度等に参加しない医療機関等において出産した場合、出産費及び家族出産費は404,000円

- 給付内容コード
  - ・出産費・同附加金・家族出産費・同附加金・(互)出産手当金 …………… 1
  - ・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月以内のとき …………… 2  
(この場合添付書類が必要です。詳細は、「福利厚生事務の手引」を参照してください。)
  - ・(互) 出産手当金 (共済組合の出産費等の請求をしない場合) …………… 3
- 添付書類
  - ・領収書又は請求書 (産科医療補償制度加入機関のスタンプが押印されたもの)