

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			
		5														
								※医療機関への支払額				所 属 所 名 所 属 コード				
								出産費・家族出産費								
※ 被扶養者認定年月日																
平成 年 月 日																
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						所在地		〒		TEL						
請求金額	出産費・ 家族出産費(*)					円		* 出産費・家族出産費の請求金額＝42万円－代理受取額 注1) 産科医療補償制度の対象分娩でない場合は、42万円が 40万8千円になります。 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					円										
	(互) 出産手当金					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 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。