

出産費・出産費附加金
家族出産費・家族出産費附加金

請求書



決定額	別紙のとおり
-----	--------

組合員証 記号番号	公立茨城 第 号	フリガナ 組合員氏名 職員番号	所属所名		
任意継続資格取得 年 月 日	令和 年 月 日	任意継続資格喪失 年 月 日	令和 年 月 日		
フリガナ 出産者氏名		フリガナ 出生児氏名		性別	男 女
				続柄	
出産者が被扶養者になった日 (家族出産費の場合)	令和 年 月 日	出産年月日	令和 年 月 日		
※1 事由	出産費	在職中・資格喪失後6か月以内	左記の認定後6か月以内の請求の方は○で囲んでください。	認定前の加入健康保険制度	
	家族出産費	認定後6か月经過・※2認定後6か月以内		① 国民健康保険 ② 他の社会保険 ③ 被扶養者として認定されていた保険証の記号番号 ()	
請求金額	法 定 円 附加金 円	出 産 場 所			
医師又は 助産師の 証明	(出産者名) 令和 年 月 日 は、出産、死産、流産 (妊娠 箇月)(出産児 人)したことを証明する。 令和 年 月 日 病院又は診療所名等 医師又は助産師の氏名 (印)				
産前休暇の 開始日	令和 年 月 日	産前産後休業期間中 の掛金免除申出日	令和 年 月 日		
上記のとおり請求します。 併せて、地方公務員等共済組合法第114条の2第2項の規定に基づき、産前産後休業期間に係る掛金等免除を申し出ます。 公立学校共済組合茨城支部長 殿 令和 年 月 日 住所 請求者 氏名					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 職 名 所属所長 氏名 (印)					
自宅住所	(〒 -) (電話番号)				

- (注) 1 ※1事由の欄は、当てはまる箇所に○を記入してください。
2 医療機関等で発行された、直接支払制度についての合意文書のコピーを必ず添付してください。
3 医療機関等で発行された、領収書又は明細書等の写しを必ず添付してください。
(産科医療補償制度に加入している医療機関等で出産した場合には、制度対象の出産であることを証明する所定の印が押されたもの、産科医療補償制度掛金額12,000円及び代理受取額の記載があること。)
4 ※2に○を記入した場合は、**被扶養者が元の健康保険制度から出産費等の給付を受けていない旨の証明書等**を必ず添付をお願いします。
5 続柄の欄は、長男・長女等で記入してください。