

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

任

決  
定  
額

別紙のとおり

|                                                              |                                                                                                      |                      |                       |                                         |                                                                          |    |     |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| 記 号 番 号                                                      | 公 立 茨 城<br>第                                                                                         | フ リ ガ ナ<br>組 合 員 氏 名 |                       |                                         | 所 属 所 名                                                                  |    |     |
| 任意継続資格取得<br>年 月 日                                            | 令 和 年 月 日                                                                                            |                      | 任意継続資格喪失<br>年 月 日     | 令 和 年 月 日                               |                                                                          |    |     |
| フ リ ガ ナ<br>出 産 者 氏 名                                         |                                                                                                      |                      | フ リ ガ ナ<br>出 生 児 氏 名  |                                         |                                                                          | 性別 | 男 女 |
|                                                              |                                                                                                      |                      |                       |                                         |                                                                          | 続柄 |     |
| 出産者が被扶養者になった日<br>(家族出産費の場合)                                  | 令 和 年 月 日                                                                                            |                      | 出 産 年 月 日             | 令 和 年 月 日                               |                                                                          |    |     |
| ※1<br>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<br>月以内の請求の方<br>は○で囲んでくだ<br>さい。 | 認定前の加入健康保険制度<br>① 国民健康保険<br>② 他の社会保険<br>③ 被扶養者として認定されていた保<br>険証の記号番号 ( ) |    |     |
|                                                              | 家族出産費                                                                                                | 認定後6か月経過・※2認定後6か月以内  |                       |                                         |                                                                          |    |     |
| 請 求 金 額                                                      |                                                                                                      | 法 定<br>附 加 金         | 円                     | 出 産 場 所                                 |                                                                          |    |     |
|                                                              |                                                                                                      | 円                    |                       |                                         |                                                                          |    |     |
| 医 師 又 は<br>助 産 師 の<br>証 明                                    | (出産者名)<br>令和 年 月 日 は、出産、死産、流産<br>(妊娠 箇月)(出産児 人)したことを証明する。<br>令和 年 月 日<br>病院又は診療所名等<br>医師又は助産師の氏名 (印) |                      |                       |                                         |                                                                          |    |     |
| 産 前 休 暇 の<br>開 始 日                                           | 令和 年 月 日                                                                                             |                      | 産前産後休業期間中<br>の掛金免除申出日 | 令和 年 月 日                                |                                                                          |    |     |
| 上記のとおり請求します。<br>公立学校共済組合茨城支部長 殿<br>令和 年 月 日<br>住所<br>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。<br>令和 年 月 日<br>職 名<br>所属所長 氏 名 (印)  |                                                                                                      |                      |                       |                                         |                                                                          |    |     |
| 自 宅 住 所                                                      | (〒 - )<br>(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、出産費用明細書等のコピーを必ず添付してください。  
(出産年月日の記載があること。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、代理受取額の記載があること。)  
4 ※2の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。