

支部受付印

出産費・家族出産費等内払金支払依頼書  
(差額請求・附加金請求)

所属所コード		所属所名				
組合員等 記号番号	公立石川	組合員氏名				
出産日		出産者の氏名				
令和 年 月 日		出産者の続柄 (該当に○を記入)	・本人 ・被扶養者	出産児数 人	死産児数 人	
			*今回出産等した人数を記入してください。 (1人...1、双子...2、三つ子...3)			
組合員資格取得日	年 月 日	組合員資格喪失日 (退職日の翌日)	年 月 日			
出産児氏名			続柄			
及び続柄			続柄			
出産の場所(医療機関名等)			続柄			
<p>出産費・家族出産費等の内払金の支払について依頼します。</p> <p>公立学校共済組合石川支部長 殿</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所 請求者 氏名 (印)</p>						
* 共済組合記入欄(組合員の方は記入しないでください。)						
■ 国保連又は支払基金支払日		令和 年 月 日				
■ 出産費・家族出産費差額支給額						
上限※ 50万円	—	<input type="text"/> 円	=	<input type="text"/> 円		
法定給付(1児につき)		明細書に記入された金額		差額支給分		
※産科医療補償制度対象分娩でない場合は、48万8千円が上限となる。						
■ 出産費・家族出産費附加金支給額		<input type="text"/> 円				

(注) この依頼書に次の書類を添付してください。

- ①医療機関等が発行する出産費用の内訳を記した明細書・領収書の写し  
(産科医療補償制度加入医療機関の場合、同制度の対象となる分娩を証明するスタンプ等のあるもの)
- ②医療機関等が発行する直接支払制度に係る合意文書の写し  
(例:合意文書名「出産育児一時金の医療機関直接支払制度について」)

\* 請求者氏名欄を組合員が自署する場合は押印は不要です。

記入例

出産費・家族出産費等内払金支払依頼書  
(差額請求・附加金請求)

支部受付印

所属所コード	6820000	所属所名	広坂小学校		
組合員等 記号番号	公立石川 345678	組合員氏名	石川 太郎		
出 産 日	出産者の氏名		石川 花子		
令和 7 年 7 月 1 日	出産者の続柄 (該当に○を記入)	・本人 ○被扶養者	出産児数	2 人	死産児数
			*今回出産等した人数を記入してください。 (1人...1、双子...2、三つ子...3)		
組合員資格取得日	平成 27 年 4 月 1 日	組合員資格喪失日 (退職日の翌日)	年 月 日		
出 及	双子、三つ子の場合 それぞれ記入のこと	石川 小太郎	続柄	長男	
		石川 小次郎	続柄	二男	
			続柄		
出産の場所(医療機関名等)		広坂総合病院			

出産費・家族出産費等の内払金の支払について依頼します。

公立学校共済組合石川支部長 殿

令和 7 年 7 月 10 日

自署の場合は押印省略可

住所 金沢市鞍月1丁目1番地  
請求者 氏名 石川 太郎 (印)

\* 共済組合記入欄(組合員の方は記入しないでください。)

■ 国保連又は支払基金支払日 令和 年 月 日

■ 出産費・家族

共済組合記入欄

上限※ 50万円 - [ ] 円 = [ ] 円  
法定給付(1児につき) 明細書に記入された金額 差額支給分

※産科医療補償制度対象分娩でない場合は、48万8千円が上限となる。

■ 出産費・家族出産費附加金支給額 [ ] 円

(注) この依頼書に次の書類を添付してください。

- ①医療機関等が発行する出産費用の内訳を記した明細書・領収書の写し  
(産科医療補償制度加入医療機関の場合、同制度の対象となる分娩を証明するスタンプ等のあるもの)
- ②医療機関等が発行する直接支払制度に係る合意文書の写し  
(例:合意文書名「出産育児一時金の医療機関直接支払制度について」)

\* 請求者氏名欄を組合員が自署する場合は押印は不要です。