家族出産費・家族出産費附加金請求書

団体名	公立共済	所属所コード		所属所名	
		組合員証番号		組合員氏名	

出産者の				出産日	
氏名	続柄	性別	生年月日	年　月　日	
				出産児数	死産児数

資格取得年月日		出産児氏名及び続柄		続柄	
				続柄	
資格喪失年月日				続柄	
		出産の場所			

給料	級　号給	給料の月額	

請求金額	家族出産費	円	決定金額	家族出産費	円
	家族出産費附加金	円		家族出産費附加金	円

医師又は助産婦の証明	年　月　日　は、出産・死産・早流産（妊娠　か月）したことを証明する。 年　月　日 住所 証明者 氏名　㊞

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合石川支部長殿

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　㊞

所属所受付印

被扶養配偶者認定年月日	

1. 出産児数は今回出産した数を記入してください。（1人・・・１、双子・・・２）

〈添付書類〉

- 医師又は助産師が発行した出生証明書〈原本〉
- 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のあるもの〉

- 医療機関等が発行する直接支払制度を利用しない旨の合意文書の写し