

出産費及び附加金請求書
出産費等内払金支払依頼書
家族出産費及び附加金請求書
家族出産費等内払金支払依頼書

共

※決定額	出産費	円
	家族出産費	円
	同 附加金	円

所属コード				組 合 員 番 号				組 合 員 氏 名				所 属 所 名					
出産者氏名 続 柄				続柄コード		氏名				組合員資格取得年月日				昭和・平成・令和 年 月 日			
						続柄				組合員資格喪失年月日				昭和・平成・令和 年 月 日			
出産年月日				年号	年	月	日	出 産 者 の 資格取得年月日				昭和・平成・令和 年 月 日					
				5				出 産 者 の 生 年 月 日				昭和・平成・令和 年 月 日					
出産児数				人				出産児名及び続柄				続 柄 コード		氏名			
出産場所 (医療機関)														続柄			

出 産 に 関 する 証 明	出産者氏名 年 月 日生											
	出産日時 令和 年 月 日 午前 午後 時 分											
	出産(正常分娩)・流産・早産・死産・その他 () 妊娠 月又は 週 出産児数											
	上記のとおり証明します。 令和 年 月 日 病院名 住 所 証明者 医 師 助産師											

直接支払制度の利用の有無				1	有				2	無					
請求金額				出 産 費 家族出産費				附加金				請求金額			

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合岩手支部長 様
令和 年 月 日

請求者 住 所
氏 名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。												所 属 所 受 理 年 月 日			
令和 年 月 日 (〒 -) (TEL - -)												令和 年 月 日			
所属所所在地															
所 属 所 名															
職名															
所属所長 氏名															

(注) 1 直接支払制度利用に関する合意文書の写しを添付してください。

2 「産科医療補償制度対象分娩証明スタンプ」が押印された領収・明細書の写しを添付してください。

3 直接支払制度を利用しない場合は、出産に関する証明欄に医師又は助産師の証明を受けてください。□
(出産証明書原本の添付に替えることができる。)

4 出産者が被扶養者の資格を取得した日から6カ月以内に出生した場合であって、直接支払制度を取扱
わない医療機関での出生の場合は、「請求権放棄証明書」又は「申出書」を添付してください。