

出 産 費 及 び 同 附 加 金 請 求 書  
 家 族 出 産 費

所属所文書受付印

共済事務担当者印

※ 決定金額	出 産 費	同 附 加 金
	円	円

印

フリガナ		組合員証記号番号		所 属 所 名		所属所コード	
組合員氏名		公立鹿					
年号	出産年月日			出 産 児 数	死 産 児 数	出産者氏名	
	年	月	日			出産児氏名及び続柄	
5						直接支払制度 利用の有無 有 ・ 無	
被扶養者が出産する場合				組合員が資格喪失後に出産する場合			
資格取得日 (組合員証で確認)		年 月 日		資格喪失日 (退職日の翌日)		年 月 日	
資格取得以後6か月以内の出産の場合以前加入の健康保険名・記号・番号		<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 国民健康保険		現在加入の健康保険名・記号・番号		<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 国民健康保険	
		記号 番号				記号 番号	
出産費・家族出産費		同 附 加 金		合 計			
円		円		円			
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合鹿児島支部長 殿 千 令和 年 月 日 住 所 請求者 氏 名 印 連絡先(電話 )							
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 千 所属所所在地 職 名 所属所長 氏 名 印 電話番号 ( )							

- ※印欄は記入しないでください。
- 出産証明書欄に医師又は助産師の証明を受けたうえ、提出してください。
- 直接支払制度を利用した場合は①・②の書類を、利用しない場合は①・③の書類を添付してください。
  - 医療機関と合意した文書の写し
  - 費用の内訳を記した明細書の写し(産科医療補償制度に加入している医療機関等の場合は、「産科医療補償制度加入機関」のスタンプが押されているもの)
  - 医療機関等の領収書の写し(産科医療補償制度に加入している医療機関等の場合は、「産科医療補償制度加入機関」のスタンプが押されているもの)
- 出産費・家族出産費欄は、直接支払制度を利用した場合は法定給付との差額を、利用しない場合は法定給付額を記入してください。

出 産 証 明 書	出 産 者 氏 名		出 産 児 数	
	( ) は、令和 年 月 日に ( ) 名を			
	出産、死産、早流産(妊娠 か月)したことを証明する。			
	又は(妊娠 週)			
	(妊娠 日)			
	令和 年 月 日	住所		
	証明者(医師又は助産師)		氏名	印

(記入例)

出産費 及び同附加金請求書  
 家族出産費

所属所文書受付印

共済事務担当者印

※ 決定金額	出産費	同附加金
	円	円

印

フリガナ 組合員氏名		組合員証記号番号 公立鹿		所属所名 鹿児島小学校		所属所コード 888888	
キョウサイ ハナコ 共済 花子		777777		鹿児島小学校		888888	
年号 5	出産年月日 × × × × × ×			出産 児数 1	死産 児数	出産者氏名 共済 花子	
						出産児氏名及び続柄 共済 次郎 (二男)	
				直接支払制度 利用の有無		有 ・ 無	
被扶養者が出産する場合				組合員が資格喪失後に出産する場合			
資格取得日 (組合員証で確認)		年 月 日		資格喪失日 (退職日の翌日)		年 月 日	
資格取得以後6か月 以内の出産の場合 以前加入の健康保 険名・記号・番号		<input type="checkbox"/> 健康保険組 <input type="checkbox"/> 全国健康保 <input type="checkbox"/> 国民健康保		組合員本人が出産する場合、記入しない。 <input type="checkbox"/> 健康保険組 <input type="checkbox"/> 全国健康保 <input type="checkbox"/> 国民健康保		<input type="checkbox"/> 国民健康保	
		記号 番号		記号 番号		記号 番号	
出産費・家族出産費		同附加金		合計			
23,630円		50,000円		73,630円			

**直接支払制度を利用して差額がある場合**

(産科医療補償制度加入の医療機関等でお産)  
 500,000円(法廷給付額) - 476,370円(出産費用) = 23,630円

出産費・家族出産費	同附加金	合計
0円	50,000円	50,000円

**直接支払制度を利用して差額がない場合**

(産科医療補償制度加入の医療機関等でお産)  
 500,000円(法廷給付額) - 513,500円(出産費用) = △13,500円

出産費・家族出産費	同附加金	合計
500,000円	50,000円	550,000円

**直接支払制度を利用しない場合**

(産科医療補償制度加入の医療機関等でお産)  
 500,000円(法廷給付額)を記入する。  
 ※「直接支払制度 利用の有無」の欄 → 無に○をする。