

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

※ 決定金額	出 産 費	同 附 加 金
	円	円

フリガナ 組合員氏名	組合員番号	所 属 所 名	所属所コード

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

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

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。  
 ① 医療機関と合意した文書の写し  
 ② 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)  
 ③ 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) 署名	