

出 産 費 ・ 附 加 金

請求書

家族出産費・附加金

						支部受付印		所属所受付印	
組 合 員 等 記 号 ・ 番 号	公 立 高 知						枝 番		
							0	0	
組 合 員 氏 名					所 属 所 名				
資 格 取 得 年 月 日	昭和 平成 年 月 日 令和				資 格 喪 失 年 月 日		令 和 年 月 日		
出 産 者 名 氏					出 生 児 氏 名 ・ 続 柄		氏 名 続 柄		
出 産 日 年 月 日	令 和 年 月 日				出 産 の 場 所 (医 療 機 関 等)				
請 求 金 額	出産費・家族出産費 円				附加金 円		合計 円		
医 師 又 は 助 産 師 の 証 明	令和 年 月 日 様は、								
	出産 ・ 早産 ・ 流産 ・ 死産（単胎・多胎 児）（妊娠 ヶ月・週）								
	したことを証明します。								
	令和 年 月 日								
	住 所 証明者 （医療機関等）医療機関名称 氏 名 ⑩								
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合高知支部長 様 令和 年 月 日 請求者氏名									
上記のとおり請求がありましたので提出します。 令和 年 月 日 所属所長氏名									

直接支払制度を利用しないとき、提出してください。

※受取代理制度利用の場合は、別途様式を送付しますので、共済組合へご連絡ください。

※添付書類が必要です。(添付書類は「福祉事務の手引き」でご確認ください。

出産費・附加金

家族出産費・附加金

請求書

		支部受付印					所属所受付印	
							所属所 RO.O.O 受付印	
組合員等 記号・番号	公立高知						枝番	
	○	○	○	○	○	○	0	0
組合員氏名	南国 陽子			所属所名		〇〇中学校		
資格取得 年月日	昭和 平成 〇年 4月 1日 令和			資格喪失 年月日		令和 年 月 日		
出産者 氏名	南国 陽子			出生児 氏名・続柄		氏名 続柄 南国 愛 長女		
出産 年月日	令和 〇年 〇月 〇日			出産の場所 (医療機関等)		〇〇病院		
請求金額	出産費・家族出産費 420,000円			附加金 50,000円		合計 470,000円		
医師又は 助産師の 証明	令和 〇年 〇月 〇日 南国 陽子 様は、 出産・早産・流産・死産(単胎/多胎 児)(妊娠10ヶ月・週) したことを証明します。							
	令和 〇年 〇月 〇日 住 所 〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇 証明者 (医療機関等) 医療機関名称 〇〇病院 氏 名 医師 福利 三郎							
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合高知支部長 様 令和 〇年 〇月 〇日 請求者氏名 南国 陽子								
上記のとおり請求がありましたので提出します。 令和 〇年 〇月 〇日 所属所長氏名 高知 太郎								

証明印が
必要です。

福利
印