

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	
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 氏名				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		<p>令和 年 月 日 様は、</p> <p>出産・早産・流産・死産(単胎・多胎 児)(妊娠 ヶ月・週)</p> <p>したことを証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>証明者</p> <p>(医療機関等) 医療機関名称</p> <p>氏 名 (印)</p>					
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>公立学校共済組合高知支部長 様</p> <p>令和 年 月 日 請求者氏名</p>							
<p>上記のとおり請求がありましたので提出します。</p> <p>令和 年 月 日 所属所長氏名</p>							

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

請求書

家族出産費・附加金

支部受付印	所属所受付印
	<div style="border: 2px solid black; border-radius: 50%; width: 80px; height: 80px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">所属所 RO.O.O 受付印</p> </div>

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
	○○中学校	
資格取得 年月日	昭和 平成 ○年 4月 1日 令和	資格喪失 年月日
		令和 年 月 日
出産者名	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 ○年 ○月 ○日	出産の場所 (医療機関等)
		○○病院
請求金額	出産費・家族出産費 500,000 (または 488,000) 円	附加金 50,000 円
		合計 550,000 (または 538,000) 円
	令和5年4月1日以降の金額	

医師又は 助産師の 証明	<p>令和 ○年 ○月 ○日 南国 陽子 様は、</p> <p>○出産・早産・流産・死産(○単胎多胎 児)(妊娠10 ○ヶ月週)</p> <p>したことを証明します。</p> <p>令和 ○年 ○月 ○日</p> <p style="text-align: right;">住所 ○○市○○町○○番地○○</p> <p>証明者</p> <p>(医療機関等) 医療機関名称 ○○病院</p> <p style="text-align: right;">氏名 医師 福利 三郎</p>
--------------------	---

証明印が
必要です。

福利
印

<p>上記のとおり請求します。</p> <p>公立学校共済組合高知支部長 様</p> <p>令和 ○年 ○月 ○日 請求者氏名 南国 陽子</p>
<p>上記のとおり請求がありましたので提出します。</p> <p>令和 ○年 ○月 ○日 所属所長氏名 高知 太郎</p>