

11 出産費及び同附加金請求書

12 家族出産費及び同附加金請求書

所属所名		組合員氏名					
所属所コード		組合員証番号					
出産者氏名	組合員との続柄 本人 家族		昭和 平成	年	月	日生	
出産者の認定年月日	年	月	日	令和	年	月	日
出産児の名前	性別	性別	組合員との続柄	今回の出産児数	人	左のうち流死産児	人
請求額	円	出産の場所 (医療機関名)	※控除額				

※ この請求書に、次の書類を添付して請求してください。

- ① 出産費用の内訳を記した明細書・領収書写し
(産科医療保障制度加入医療機関の対象である出産の場合は押印のあるもの)
- ② 直接支払制度を利用する場合は、組合員あて事務連絡の写し
- ③ 直接支払制度を利用しない場合は、医療機関と出産者が交わした合意文書

組合員資格喪失後6か月以内の出産については、出産費のみ請求できます。

「直接支払制度を利用する場合は、出産証明は不要です。」

出産証明書 (この証明は、全国健康保険協会の「出産育児一時金」に相当する共済組合の「出産費」支給のため使用するものです。)

出産者氏名	令和		年	月	日
出産の状況	単胎	(第1児)	生産・早産・死産・流産	妊娠 第()週	
	多胎()児	(第2児)	生産・早産・死産・流産		
		(第3児)	生産・早産・死産・流産		
上記のとおり証明します。					
令和		年	月	日	医師・助産師
保険医療機関名		(印)			

上記のとおり請求します。					
令和		年	月	日	請求者住所
公立学校共済組合京都支部長 様		氏名			
(印)					

上記のとおり相違ありません。					
令和		年	月	日	所属所長
公立学校共済組合京都支部長 様		(公印)			
(電話番号) - -					

請求上の注意	所属所担当者印	支所担当者印	所属所受付印
	(印)	(印)	
<p>○ 多胎の場合は、1児についての額に出産児数を乗じて得た額が請求額となります。</p> <p>○ ※印欄は記入しないでください。</p> <p>○ 任意継続組合員及び資格喪失後の請求の場合は、所属所長の証明は不要です。</p>			