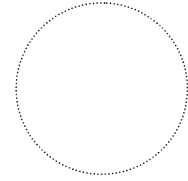


出産費・同附加金 請求書
 家族出産費・同附加金



所属所受付印

※ 決 定 額	出 産 費	円
	家 族 出 産 費	円
	同 附 加 金	円
	合 計	円

組 合 員 証 記 号 番 号	公立宮崎 第 号	組 合 員 氏 名	所 属 機 関 名
資 格 取 得 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日	資 格 喪 失 年 月 日	令和 年 月 日
出 産 者 氏 名		出 産 児 氏 名 及 び 続 柄	続柄 ()
出 産 年 月 日	令和 年 月 日	出 産 の 場 所	
医 師 又 は 助 産 師 の 証 明	令和 年 月 日 出産・死産・早流産(妊娠 箇月)したことを証明する。 出産費用については直接支払制度を適用していないことを証明する。 令和 年 月 日 証明者 住 所 氏 名		

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)	昭和 平成 令和 年 月 日	資格喪失日 (退職日)	令和 年 月 日
資格取得日以後6か月以内の出産予定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"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 記号 番号	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"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 記号 番号

請 求 金 額	出 産 費	円	出産費・家族出産費について。 領収書、請求明細書等の「産科医療補償制度加入機関」 適用証明印の有無により異なります。 証明印がある場合は500,000円 証明印がない場合は488,000円
	家 族 出 産 費	円	
	同 附 加 金	50,000 円	
	合 計	円	

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合宮崎支部長 殿

令和 年 月 日

請 求 者 住 所 氏 名

上記の記載事項は、事実と相違ないものとして認め提出します。

令和 年 月 日

所 属 所 名
 所 属 所 長
 職 氏 名
 (電話番号)

- ※印欄は記入しないでください。
- 医師又は助産師の証明は別添でも可。(写し可)
- 産科医療補償制度対象分娩の適用の有無が確認できる、領収書・請求明細書等の写し(写し可)を添付してください。
- 出産育児一時金の医療機関直接支払制度合意文書(写し可)を添付してください。