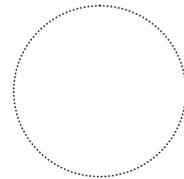


出 産 費 ・ 同 附 加 金 請 求 書 家 族 出 産 費 ・ 同 附 加 金



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 号 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	年 月 日	資 格 喪 失 年 月 日	年 月 日
出 産 者 氏 名			出 産 児 氏 名 及 び 続 柄	続 柄 ()
出 産 年 月 日	年 月 日		出 産 の 場 所	
医 師 又 は 助 産 師 の 証 明	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 。 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)	年 月 日		資 格 喪 失 日 (退 職 日)	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		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			記号 番号
請 求 金 額	出 産 費			円
	家 族 出 産 費			円
	同 附 加 金	50,000		円
	合 計			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 420,000 円 証 明 印 が な い 場 合 は 404,000 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 年 月 日 請 求 者 住 所 氏 名 ㊟				
上 記 の 記 載 事 項 は 、 事 実 と 相 違 い な い も の と し て 認 め ま す 。 年 月 日 所 属 所 名 所 属 所 長 職 氏 名 (電 話 番 号) ㊟				

1. ※印欄は記入しないでください。
2. 医師又は助産師の証明は別添でも可。(写し可)
3. 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。
4. 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。