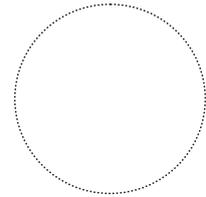


出 産 費 ・ 同 附 加 金 請 求 書
家族出産費・同附加金
 （直接支払制度適用者用）



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 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	
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ヶ月以内の出産の場合 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
代 理 受 取 額 (直接支払による給付額)	円	請 求 金 額	出 産 費 円
代理受取額は医療機関の発行した明細書の記載額を記入。 出産費（家族出産費）の請求額は 404,000円から代理受取額を差し引いた額。 但し、産科医療補償制度対象分娩の場合は 420,000円から代理受取額を差し引いた額。			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 年 月 日 請 求 者 住 所 氏 名 印			
上記の記載事項は、事実と相違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 印)			

1. ※印欄は記入しないでください。
2. 代理受取（受領）額及び産科医療補償制度適用の有無が確認できる、領収書・請求明細書等（写し可）を添付してください。
3. 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。