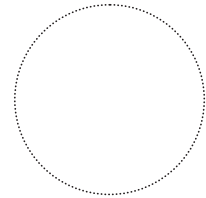


出 産 費 ・ 同 附 加 金 請 求 書
家族出産費 ・ 同附加金
 （直接支払制度適用者用）



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。