

出産費・家族出産費（同附加金）請求書

（出産費について全額自己負担している場合）

所属所名	所属コード	組合員記号番号	組合員氏名
		公立長野	

出産者について

出産者氏名		続柄		出産年月日	
				年 月 日	
出産児氏名		続柄		出産した医療機関名称	
請求金額	法定給付	488,000 円 産科医療補償制度加算 12,000 円	決定金額	法定給付	共済使用欄 円
	附加給付	50,000 円		附加給付	50,000 円
組合員出産の場合			家族出産の場合		
資格取得年月日	年 月 日		認定年月日	年 月 日	
資格喪失年月日	年 月 日		認定日より 6 ヶ月以内の出産	認定前の加入保険	
医師又は助産師の証明	年 月 日に、				
	(出産者名)				
	出 産 () 名 は、死 産 () 名 早流産 () 名				
(妊娠 週) したことを証明する。					
年 月 日 住所					
証明者（医師・助産師） 氏名					

上記のとおり請求します。	住所
公立学校共済組合長野支部長 様	請求者 氏名
年 月 日	TEL (- -)

【添付書類】

直接支払制度を利用していない旨が記載された出産費用の領収書の写し

【注意事項】

直接支払制度を利用している場合は「出産費等内払金支払依頼書」で附加金等の請求をしてください。

所属所受付印