

出産費・同附加金
家族出産費・同附加金
請求書

組記 合号 員番 証号	公立長崎 第 0123456 号	組合員 氏名	共済 太郎	所属 所名	〇〇小学校
資 年 格 取 得 日	平成〇年 〇月 〇日	資格喪失年月日	年 月 日		
出 産 者 氏 名	共済 花子	扶養認定年月日	平成〇年 〇月 〇日		
出 産 年 月 日	令和 〇年 〇月 〇日	出産児 氏名	共済 一郎	続柄	長男
出 産 場 所	〇〇市〇〇町〇-〇				
医 助 の 師 又 産 証 は 師 明	令和 〇年 〇月 〇日 共済 花子 は、 <u>出産</u> ・死産・早流産 (妊娠 10 か月) したことを証明する。(多胎の場合 児) 令和 〇年 〇月 〇日 住所 〇〇市〇〇町〇-〇 証明者 氏名 〇〇病院 〇〇 〇〇 印				
標 準 報 酬 の 額	第 25 級 360,000円	出産費・家族 出産費請求金額	500,000円	附加金 請求金額	50,000円
給 付 金 の 送 金 先	<u>給付金等受取口座</u> ・ マイナポータル登 (給付金等受取口座 産科医療補償制度対象分 娩の場合。対象外の場合 は488,000円。				
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合長崎支部長 様 令和 〇 年 〇月 〇日 住所 〇〇市〇〇町〇-〇 請求者 氏名 共済 太郎					

- (注) 1. 組合員本人が出産者の場合、扶養認定年月日は記入不要。
2. 任意継続組合員については、標準報酬の月額欄には掛金の基礎となった標準報酬の月額を記入。
3. 退職後6カ月以内の者は、標準報酬の月額欄には退職時の標準報酬の月額を記入。

※1：マイナンバーカードを作成し、マイナポータルに登録した公金受取口座を指定する場合、給付が通常スケジュールとは異なり遅れての送金となる可能性があります。給付金の送金先に〇がない場合は、事前に登録されている給付金等受取口座へ送金いたします。

所 受 付 年 月 日	所 属 年 月 日
受付 〇.〇.〇 〇〇小	