

出 産 費・同附加金

家族出産費・同附加金

請求書(直接支払制度用)【記入例】

組合員証記号番号	公立長崎第 0123456 号	所属所名	〇〇小学校
組合員氏名	共済 花子	資格取得 年 月 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	年 月 日
出産児名 (続柄)	共済 一郎 (長男)	出生 年 月 日	令和〇年 〇月 〇日
出産医療 機関等名	名称	〇〇産婦人科医院	
	所在地	〇〇市〇〇町〇-〇	
出産費・家族出産費 請求額	(医院の代理受取額が500,000 円の場合) 0 円	同 附 加 金 請 求 額	50,000 円
出産費・家族出産費 決 定 欄	※ 円	同 附 加 金 決 定 欄	※ 円
給付金の送金先	給付金等受取口座 ・ マイナポータル登録の公金受取口座※ ¹ (給付金等受取口座と違う場合に限り)		
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 花子			

(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、 出産費・家族出産費請求額
(500千円(産科医療補償制度対象外の場合は488千円)) - (出産費用の額)
マイナスのときは、請求額は0円となる。
3、 ※印の欄は記入しないこと。

※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	属 年	月	所 日
受付 〇.〇.〇 〇〇小学校				