

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 号	組 合 員 氏 名		所 属 所 名	
資 年	格 月	取 得 日		年 月 日	資格喪失年月日		年 月 日	
出 産 者 氏 名					扶養認定年月日		年 月 日	
出 産 年 月 日	令和 年 月 日	出 産 児 氏 名				続柄		
出 産 場 所								
医 助 の 師 又 は 産 証 師 明	令和 年 月 日 は、出産 ・ 死産 ・ 早流産 (妊娠 か月) したことを証明する。 (多胎の場合 児) 令和 年 月 日 住所 証明者 氏名 (印)							
標 準 報 酬 の 額	第 級	出 産 費 ・ 家 族 出 産 費 請 求 金 額	円	円	円	附 加 金 請 求 金 額	円	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る)							
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 年 月 日 住所 請求者 氏名								

- (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○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	属 年	所 月	日