

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）

組合員証記号番号	公立長崎第	号	所属所名		
組 合 員 氏 名		資 格 取 得 日	年	月	日
		資 格 喪 失 日	年	月	日
出 産 者 氏 名		扶 養 認 定 日	年	月	日
出 産 児 名 (続 柄)		出 年 月 日	年	月	日
出 産 医 療 機 関 等 名	名 称				
	所 在 地				
出産費・家族出産費 請 求 額		円	同 附 加 金 同 請 求 額		円
出産費・家族出産費 決 定 欄	※	円	同 附 加 金 同 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、 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○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