

記入例：組合員の出産、直接支払制度利用のとき

- 出産費・出産費附加金請求書
- 家族出産費・家族出産費附加金請求書
- 産前産後休業掛金等免除申出書

※提出項目にチェックしてください。

直接支払制度 利用有無	有		組合員証に枝番の記載がある場合、 その番号も記入してください。 [××××××-××]	公立奈良 ××××
出産者氏名 (生年月日/続柄)	公立 学子 (平成5年5月5日/続柄：本人)		退職組合員 のとき退職日 家族の出産のとき 被扶養者認定日	(注) 年
出産種別 出産日 (出産予定日)	単胎・多胎(人) 令和3年6月1日 (令和3年6月6日)	出産児氏名	①氏名：公立学 続柄：長男 ②氏名： 続柄：	
出産費 請求金額	0 円		附加金 請求金額	50,000 × 出産人数 円 50,000 円
<p>直接支払制度利用の場合、 出産にかかった費用が42万円以上のとき0円、 42万円未満であれば差額を記入してください。 多胎のときは、[42万円×出産人数 - 費用]</p>				
組合員の 出産の 場合のみ 記入	出産に伴う 特別休暇期間	令和3年4月12日から令和3年8月1日		
	産前産後休業の 期間 (掛金等免除期間)	開始日	令和3年4月21日	<input type="checkbox"/> 予定日より早く生まれた場合 <input checked="" type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 予定 <input type="checkbox"/> 特別
	終了日	令和3年7月27日	出産に伴う特別休暇が出産前6週出産後8週で あれば、同期間になりますが、16週取得でき るような場合は、期間が異なります。	
育児休業 取得予定期間	令和3年8月2日から令和5年3月31日			
あくまで予定での記入です。 未定の場合は、必ず取得す る期間を記入してください。				
殿 令和3年7月1日 記入日 組合員 氏名 公立 学子 (電話番号： 090-9999-9999)				
所属所名 (電話)	奈良野小学校 (0742 - 00 - 0000)			
所属所受付印欄	所属所長確認欄			
受付 03.07.02 奈良野小学校	<input checked="" type="checkbox"/> 上記内容を 確認しました。			
	確認日 令和3年7月2日			

【この申出書を提出するとき、次の添付書類が必要です。】

- 「特別休暇申請書」のコピー等 (休暇の取得及び期間の確認)
 - 「母子手帳」のコピー等 (出産 (予定) 日及び出産人数の確認)
 - 直接支払制度についての意思確認に係る文書のコピー
 - 領収書・明細書等の写し
- △ 直接支払制度を利用しないとき、この請求書に医師等の証明が必要

(注) 家族の出産のとき、被扶養者認定日から6か月以内の出産で直接支払制度を利用しない場合は、
『共済事務のてびき』を参照し、必要に応じて「受給権放棄申出書」を添付してください。

記入例：家族の出産、直接支払制度利用しないとき

- 出産費・出産費附加金請求書
- 家族出産費・家族出産費附加金請求書
- 産前産後休業掛金等免除申出書

※提出項目にチェックしてください。

組合員証に枝番の記載がある場合、その番号も記入してください。
[××××××-×××]

直接支払制度利用有無	直接支払制度を利用しない場合、 [42万円(例外あり) × 出産人数]	組合員証等号・番号	公立奈良 ××××××
出産者氏名 (生年月日・続柄)	妻乃 平成5年5月 日/続柄：妻)	退職組合員の出産のとき退職日 家族の出産のとき被扶養者認定日	(注) 令和3年4月
出産種別 出産日 (出産予定日)	単胎・多胎(人) 令和3年9月9日 (令和3年9月11日)	出産児氏名	①氏名：妻乃 太郎 続柄：長男 ②氏名： 続柄：
出産費請求金額	420,000 円	附加金請求金額	50,000 × 出産人数 円 50,000 円

[子]ではなく、“長男”“長女”のように記入してください。

直接支払制度を利用しない場合のみ

(出産日) 令和3年9月11日 (出産者名) 妻乃 花子 は、
 出産(単胎・多胎(人)・死産・流産(単胎・多胎(人))、妊娠(週(胎児85日以上・84日以下))したことを証明する。

医師または助産師の証明 証明者 医療機関名 奈良野助産院 医師氏名 森川 千春

医師または助産師の証明が必要です。

組合員の出産の場合のみ記入	出産に伴う特別休暇期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日	
	産前産後休業の期間 (掛金等免除期間)	開始日	令和 年 月 日
		終了日	令和 年 月 日
育児休業取得予定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日		

記入不要

上記のとおり、出産費等を請求します。
また、自身の出産のとき産前産後休業に係る掛金等免除を申し出ます。

記入日

令和3年9月18日

公立学校共済組合奈良支部長 殿

組合員 氏名 妻乃 夫
(電話番号： 090-9999-9999)

所属所名(電話) 奈良野小学校 (0742-00-0000)

<div style="border: 2px solid #e91e63; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;"> <p style="margin: 0;">受付</p> <p style="margin: 0;">03.09.18</p> <p style="margin: 0;">奈良野小学校</p> </div>	<input checked="" type="checkbox"/> 上記内容を 確認しました。 確認日 令和3年9月18日
--	---

【この申出書を提出するとき、次の添付書類が必要です。】

- 「特別休暇申請書」のコピー等(休暇の取得及び期間の確認)
- 「母子手帳」のコピー等(出産(予定)日及び出産人数の確認)
- 直接支払制度についての意思確認に係る文書のコピー
- 領収書・明細書等の写し

△ 直接支払制度を利用しないとき、この請求書に医師等の証明が必要
 (注) 家族の出産のとき、被扶養者認定日から6か月以内の出産で直接支払制度を利用しない場合は、『共済事務のてびき』を参照し、必要に応じて「受給権放棄申出書」を添付してください。

被保険者期間が1年以上ある妻が直接支払制度を利用せず認定日から6か月以内に出産したというような場合に必要。

受給権放棄申出書

年 月 日

現 住 所 _____

被保険者氏名 _____

私は、____年____月____日の分娩につき、下記受給権を放棄し、公立学校共済組合に家族出産費を請求します。

記

(1) 被保険者証の記号番号 _____

(2) 被 保 険 者 氏 名 _____

(3) 放 棄 す る 受 給 権

健康保険法等の規定による資格喪失後の分娩費の受給権

(理由)

- 1 私の被保険者期間は ____年____月____日取得、____年____月____日喪失で1年未満のため受給できません。
- 2 公立学校共済組合へ被扶養者としての分娩に関する保健給付の請求をします。
- 3 その他 (_____)

(証明欄)

____年____月____日現在、被保険者分娩費の請求及び支払いのないことを証明する。

年 月 日

(元の健康保険組合)

所 在 地 _____

保 険 者 名 _____ 印

記入例

受給権放棄申出書

令和3年 9月17日

現住所 奈良市登大路町999-9

被保険者氏名 妻野 花子

私は、令和3年 9月11日の分娩につき、下記受給権を放棄し、公立学校共済組合に家族出産費を請求します。

記

- (1) 被保険者証の記号番号 奈 びせけ
- (2) 被保険者氏名 妻野 花子
- (3) 放棄する受給権

健康保険法等の規定による資格喪失後の分娩費の受給権

(理由)

- 1 私の被保険者期間は **令和3年1月1日**取得、**令和3年3月31日**喪失で1年未満のため受給できません。
- 2 公立学校共済組合へ被扶養者としての分娩に関する保健給付の請求をします。
- 3 その他 (.....)

(証明欄)

令和3年 9月17日現在、被保険者分娩費の請求及び支払いのないことを証明する。

令和3年 9月17日

(元の健康保険組合)

所在地 〇〇市〇〇町777

保険者名 全国健康保険協会 ××支部

記入例：受取代理制度を利用するとき

受取代理事前申請書

- 出産費・出産費附加金請求書
 家族出産費・家族出産費附加金請求書

※提出項目にチェックしてください。

組合員証に枝番の記載がある場合、
その番号も記入してください。
[××××××-××]

組合員氏名 (請求者)	公立 学子	組合員証等 記号・番号	公立奈良	××××××
出産者氏名 (生年月日/続柄)	公立 学子 (平成 5 年 5 月 5 日 / 続柄 本人)	退職組合員の出産 のとき退職日	年 月 日	
妊娠胎児数	単胎・多胎 (人)	家族の出産のとき 被扶養者認定日	年 月 日	
出産予定日	令和 3 年 6 月 15 日	被扶養者の場合、認定日を記入	〇〇病院	奈良市登大路町
所在地: _____				
※被扶養者が認定日から6か月以内に出産するときは、下記も記入してください。				
被扶養者が認定前に加入していた健康保険				
保険者名		記号		
		番号		
電話		加入期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
受取代理人の欄	甲(組合員 公立 学子)は、医療機関等である乙(〇〇病院)を 代理人と定め、次の権限を委任する。また、甲は医療機関等への直接支払制度は利用しません。 甲が請求する出産費・家族出産費及び同附加金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額※の受領に 関すること。 ※出産費等の支給額(附加金を含む)を上限とする。			
	年 月 日	甲(組合員)	住所	奈良市登大路町〇〇〇-1
		氏名	公立 学子	
	乙(代理人)	住所	奈良市登大路町×××-999	
		医療機関名	〇〇病院	
		代表者氏名	勝 海舟	
		電話番号	0742-11-××××	
受取代理人に対する支払金融機関の欄				
金融機関名(コード)	支店名(コード)	種別	口座番号	口座名義(カタカナで記入)
〇〇銀行 0123	●●支店 456	普通 7890123		〇〇ビル 〇〇〇〇
上記のとおり請求します。				
公立学校共済組合奈良支部長 殿				
令和 3 年 7 月 2 日				
〒 630-8213				
住所 奈良市登大路町〇〇〇-1				
職名・氏名 教諭 公立 学子				
(電話番号: 0742-22-××××)				
所属所名(電話)	奈良野小学校 (0742 - 00 - 0000)			
所属所受付印欄	所属所長確認欄	※共済記入欄		
受付 03.07.05 奈良野小学校	<input checked="" type="checkbox"/> 上記内容を 確認しました。 確認日 令和 3 年 7 月 5 日	決定額	附加金決定額	医療機関決定額