

出産費・同附加金／家族出産費・同附加金 支給申請書(受取代理用)

組合員証番号	公立大分		所属機関名	
			所属所コード	
組合員	組合員氏名	(フリガナ)	組合員生年月日	年 月 日
	組合員の資格取得年月日	年 月 日	組合員の資格喪失年月日	年 月 日
出産予定日・数	年 月 日 単・多(胎)			
出産予定者	被扶養者氏名	(フリガナ)	被扶養者生年月日	年 月 日
	※組合員と同一の場合は記入不要です。	被扶養者の扶養認定年月日	年 月 日	続柄
組合員又は出産予定者が出産予定日から6か月以内に健康保険又は船員保険の資格を既に喪失している場合は、以下のいずれかに記載をお願いします。 ※ 健康保険法第106条又は船員保険法第73条の規定により、1年以上健康保険又は船員保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6か月以内に出生された場合、資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。				
組合員本人の退職等により、健康保険又は船員保険の被保険者資格喪失後、6か月以内に出生することによる申請である場合、資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号			保険者名	
			記号	番号
組合員本人の家族が被扶養者認定後、6か月以内に出生することによる申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号			保険者名	
			記号	番号
出産予定医療機関等	名称	(フリガナ)		
	所在地	〒	(フリガナ)	
上記のとおり申請します。 公立学校共済組合大分支部長 殿 令和 年 月 日 住所 組合員 氏名				
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 職名 所属所長 氏名 電話 印				
受取代理人の欄	組合員() (以下「甲」という。)は、医療機関等である() (以下「乙」という。)を代理人と定め、次の権限を委任します。また、甲は、出産費等の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等のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額※の受領に関する事。 ※ 単胎の上限額47万円(出産費・家族出産費42万円+同附加金5万円)(注)			
	令和 年 月 日	甲の住所	氏名	印
	乙の所在地	名称	印	電話 ()
受取代理人に対する支払金融機関	銀行 金庫 信組 店・本店 支店・出張所			
預金種別	1:普通 4:通知 2:当座 5:時蓄 3:別段	口座番号	口座名義	(フリガナ)

(注) 産科医療補償制度に加入する医療機関等の医学的管理下における胎週数22週以降の出産(死産を含む、以下「加算対象分娩」という。)の場合。加算対象分娩でない場合は、単胎の上限額を44万円(出産費・家族出産費39万円+同附加金5万円)とする。
また、1年以上組合員であった者が退職後6月以内に出生した場合は、出産費・家族出産費のみを給付し、同附加金の給付はなし。

添付書類

- ①母子健康手帳の表紙及び分娩予定日記載ページの写し又は医療機関等発行の診断書(該当者氏名、分娩予定日記載のもの)の写し
- ②出産者が認定されて6月以内の被扶養者で、健康保険法の規定により、資格喪失後の分娩費の受給権がある場合には、その「受給権を放棄した」旨の前保険者の証明書

注意事項

- ・ 出産予定日まで2ヶ月以内になったら提出してください。
- ・ 出産費用が受取代理委任額の上限額に達しなかった場合の差額は、医療機関等から共済組合に提出される出産費用の請求書を確認後、組合員の給付金受取口座に自動給付します。