

直接支払制度利用者専用

出産費(差額分)・出産費附加金

家族出産費(差額分)・家族出産附加金 請求書

組合員証番号				組合員氏名		所属所名	
5	7	12	生年月日		年 月 日	所属所コード	
資格取得年月日			資格喪失年月日				
年 月 日			年 月 日				
出産者氏名	性別		出産児数	人	請求金額	円	
	女	2	出産児氏名	----- ----- -----		続柄 ()	
出産年月日	年 月 日					続柄 ()	
出産場所						続柄 ()	
所属所受付	上記のとおり請求します。 公立学校共済組合大分支部長 殿 令和 年 月 日 住所 請求者 氏名						
支部受付	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 Tel ()-()-() 職名 所属所長 氏名						

印

この請求書に次の書類を添付し共済組合に提出してください。

- ①医療機関等発行の代理契約に関する文書（写し可）
- ②医療機関等発行の出産費用の内訳が記載された明細書（写し可）

(参考)

	出産費及び家族出産費	同附加金	合計
平成21年10月から	42万円※	5万円	47万円

※直接支払制度上限額。

なお、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在胎週数22週に達した日以後の出産であって当該制度の補償期間内における出産(死産を含む。)でない場合は39万円。