R4.8

# 出産費･出産費附加金<br>家族出産費･家族出産附加金　請求書

| 組合員証番号 | 組合員氏名 | 所属所コード | 所属所名 |
|---|---|---|---|
| 公立大分 | | | |

| 生年月日 | 資格取得年月日 | 資格喪失年月日 |
|---|---|---|
| □ 昭和 □ 平成　年　月　日 | □ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日 | □ 平成 □ 令和　年　月　日 |

| 出産者氏名 | 性別 | 続柄 | 出産児氏名 | |
|---|---|---|---|---|
| | | | 出産児氏名 | 続柄（　　　） |
| 出産年月日 | 出産児数 | | | 続柄（　　　） |
| □ 平成 □ 令和　年　月　日 | 人 | | | |
| 出産場所 | | | | 続柄（　　　） |

| 請求金額 | 円 |
|---|---|

**＊医師又は助産師の証明欄**

（　　　　　　　　　　　）は、令和　　年　　月　　日に

出産・死産・早流産（妊娠　　か月）したことを証明する。

令和　　年　　月　　日

所在地

分娩機関　名称

医師または助産師名　印

| 所属所受付 | | |
|---|---|---|
| | | 上記のとおり請求します。<br>公立学校共済組合大分支部長　殿<br>令和　年　月　日<br>住 所<br>〈請求者〉<br>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。<br>令和　年　月　日<br>所属所所在地<br>〈所属所長〉 所属所名<br>職・氏名　印 |

※直接支払制度又は受取代理制度を利用しなかった方について、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医療機関等発行の直接支払制度を用いていない旨の記載がなされた出産費用の領収書（写し可）

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

※直接支払制度又は受取代理制度を利用した方は、それぞれ専用請求書にて提出してください。

事務担当者

連絡先　□所属所　□学校支援センター

連絡先電話番号