

# 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			
7							12		
資格取得年月日				資格喪失年月日		所 属 所 コ ー ド			
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	----- ----- -----		続柄	( )
				続柄	続柄			( )	
続柄	続柄	( )							
出産 年月日	年 月 日			出産児 氏 名					
出産 場所									
所 属 機 関 受 付	<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">公立学校共済組合大分支部長 殿</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日 住所</p> <p style="text-align: center;">請求者</p> <p style="text-align: center;">氏名</p>								
支 部 受 付	<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">Tel ( )-( )-( )</p> <p style="text-align: center;">職 名</p> <p style="text-align: center;">所属機関の長</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; width: 30px; margin: 0 auto;">印</div>								

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
令和5年3月31日までの出産	42万円	5万円	47万円
令和5年4月1日以降の出産	50万円	5万円	55万円

※産科医療補償制度の対象分娩の場合（対象外の場合は、その掛金額を控除した額となる）