

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
				女	2		円
出産 年月日	年 月 日			続 柄	出産児 氏 名	続柄 ()	
続 柄						続柄 ()	
出産 場所						続柄 ()	
所属 機関 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 所属機関の長 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
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）