

出 産 費・同附加金
家族出産費・同附加金

請求書（制度利用なし及び直接支払制度用）

組合員等記号・番号	公立阪																			
職名							所属所名													
フリガナ										出産年月日		令和	年	月	日					
組合員氏名									今回の出生児数		人									
資格取得年月日	平成・令和						年		月		日		資格喪失年月日		令和	年	月	日		
出産者氏名 及び続柄									続柄（		）		被扶養（出産）者の 認定年月日		平成・令和			年	月	日
出生児氏名 及び続柄									続柄（		）		流産・死産の場合 のみ記入		在胎（			）週		人
＊ 直接支払制度利用 及び差額の有無		☐ 直接支払制度を利用している 附加金のみ請求 5万円 産科医療補償制度加入（有・無）																		
		☐ 直接支払制度を利用している 附加金及び差額※2を請求 5万円＋（）円 産科医療補償制度加入（有・無）																		
		☐ 直接支払制度を利用していない 出産費(家族出産費)及び附加金を請求 産科医療補償制度加入（有・無） ※3 50万円又は48.8万円＋5万円 （産科医療補償制度加入有無による）																		
＊ 産科医療補償制度 加入の有無 (いずれか該当するもの に☑と○印をしてくだ さい。)		令和 年 月 日 様は																		
		☐ 出産 ☐ 双生児出産 ☐ 流産・死産 在胎週数（）週																		
		したことを証明します。																		
		令和 年 月 日																		
		請求者 住所																		
医師又は助産師の証明 <u>※1直接支払制度を利用 しない場合のみ必要</u>		医療機関等名称																		
		氏名（医師・助産師）																		
上記のとおり請求します。												郵便番号		電話番号						
公立学校共済組合大阪支部長 様																				
住所																				
フリガナ																				
令和 年 月 日 請求者 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																				
所属所名																				
所属所長 職名 氏名																				
電話番号																				
所属所受付印 ※受付印がない場合は 公印を押印してください。																				
共済組合記入欄 (記入しないでください)				出産費・家族出産費 円				同附加金 円				合計 円								

- 1 添付書類
- ① 直接支払制度の活用・不活用に関する合意文書の写し
- ② 分娩費用等明細書の写し(出産年月日、出生児数、産科医療補償制度の掛金額、代理受取額等の記載があるもの)
- ※1) 直接支払制度を利用していない場合は、明細(領収)書内に「利用していない」旨の記載が必要
- 2 被扶養者の出産の場合(直接支払制度を不活用の場合のみ)
- 被扶養者が当組合に認定される前に働いており、その勤務先を退職後(前健康保険組合等の加入期間が1年以上あり、その資格喪失後)6ヵ月以内に出産した場合は、前健康保険組合等に退職後の給付として出産費を請求しないことが、当組合の家族出産費の支給要件となります。
- 該当する方については、当組合より別途必要書類のご案内を行います。
- ※2「差額」とは、出産費用が出産費(家族出産費)の額(50万円又は48.8万円)未満である場合の差額をいい、共済組合へ請求することができます。
- ※3 令和5年3月31日までの出産については42万円又は40.8万円となります。
- R05.04

組合員等記号・番号	公立阪	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0		
職名	教諭					所属所名			大阪市立〇〇小学校				
フリガナ	キ	ヨ	ウ	サ	イ	タ	ロ	ウ	出産年月日		令和 5 年 4 月 3 日		
組合員氏名	共済 太郎								今回の出生児数		1 人		
資格取得年月日	平成・令和 22 年 4 月 1 日								資格喪失年月日		令和 年 月 日		
出産者氏名 及び続柄	共済 花子 続柄（妻）								被扶養（出産）者の 認定年月日		平成・令和 26 年 4 月 1 日		
出生児氏名 及び続柄	共済 一郎 続柄（長男）								流産・死産の場合 のみ記入		在胎（		
* 直接支払制度利用 及び差額の有無												☒ 直接支払制度を利用している 附加金のみ請求 産科医療補償制度加入（有・無）	
* 産科医療補償制度 加入の有無												☐ 直接支払制度を利用している 附加金及び差額※2を請求 産科医療補償制度加入（有・）円	
(いずれか該当するもの に☑と○印をしてくだ さい。)												☐ 直接支払制度を利用していない 出産費(家族出産費)及び附加金を請求 産科医療補償制度加入（有 ※3 50万円又は48.8万円+5万円 (産科医療補償制度加入有無による)	
医師又は助産師の証明												令和 年 月 日 様は ☐ 出産 ☐ 双生児出産 ☐ 流産・死産 在胎週数（）週 したことを証明します。 令和 年 月 日 請求者 住所 医療機関等名称 氏名（医師・助産師）	
※1直接支払制度を利用 しない場合のみ必要												直接支払制度を利用する場合は 証明不要	
上記のとおり請求します。												郵便番号 540-8500 電話番号 06-1234-5678	
公立学校共済組合大阪支部長 様												住所 大阪市中心区共済町1-1 フリガナ キョウサイ タロウ	
令和 5 年 4 月 7 日												請求者 氏 名 共済 太郎	
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。													
令和 5 年 4 月 10 日 所属所名 大阪市立〇〇小学校 所属所長 職名 校長 大阪 大吉 氏名 電話番号 06-8765-4321												大阪市立 〇〇小学校 支 所 所属付 受付印 R5.4.10 ※受付印がない場合は 公印を押印してください。	
共済組合記入欄 (記入しないでください)				出産費・家族出産費 円				同附加金 円				合計 円	

1 添付書類

- ① 直接支払制度の活用・不活用に関する合意文書の写し
② 分娩費用等明細書の写し(出産年月日、出生児数、産科医療補償制度の掛金額、代理受取額等の記載があるもの)

※1) 直接支払制度を利用していない場合は、明細(領収)書内に「利用していない」旨の記載が必要

2 被扶養者の出産の場合(直接支払制度を不活用の場合のみ)

被扶養者が当組合に認定される前に働いており、その勤務先を退職後(前健康保険組合等の加入期間が1年以上あり、その資格喪失後)6ヵ月以内に出産した場合は、前健康保険組合等に退職後の給付として出産費を請求しないことが、当組合の家族出産費の支給要件となります。
→該当する方については、当組合より別途必要書類のご案内を行います。

※2「差額」とは、出産費用が出産費(家族出産費)の額(50万円又は48.8万円)未満である場合の差額をいい、共済組合へ請求することができます。

※3 令和5年3月31日までの出産については42万円又は40.8万円となります。