

**出産費・同附加金 請求書 (受取代理制度用)**  
**家族出産費・同附加金**

組合員記入欄	組合員等記号・番号	公立阪																																								
	職名											所属所名																														
	フリガナ																																									
	組合員(請求者)氏名											出産予定年月日	令和 年 月 日																													
	組合員の資格取得年月日	平成																				組合員の資格喪失年月日	令和																			
	出産者氏名及び続柄											妊娠胎児数	※多胎妊娠の場合は胎児数に応じて請求できます										人																			
	出産者の生年月日	昭和																				被扶養者の扶養認定年月日	平成																			
	※被扶養者が認定日から6か月以内に出産する場合のみ、下記も記入してください。																																									
	(注1)被扶養者が認定前に加入していた健康保険(いずれか該当する番号に○印をしてください。)		1. 社会保険	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日																																						
			2. 国民健康保険	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日																																						
3. その他			平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日																																							
4. 未加入			平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日																																							
保険者名:										電話																																
入院する医療機関	名称 所在地																																									
受取代理人記入欄	<p>甲(組合員)は、乙(医療機関等)を代理人と定め、次の権限を委任する。また、甲は医療機関への直接支払制度を利用しないものとする。</p> <p>甲が請求する出産費・家族出産費及び同附加金のうち、乙が甲に対して請求する費用の額(上限額(注2))の受領に関する事。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="margin-left: 100px;">住 所 〒</p> <hr/> <p style="margin-left: 100px;">甲(組合員) 氏 名 (印)</p> <p style="margin-left: 100px;">(電話番号)</p> <p style="margin-left: 100px;">住 所 〒</p> <hr/> <p style="margin-left: 100px;">乙(代理人) 代 表 者 (印)</p> <p style="margin-left: 100px;">氏 名 (電話番号)</p>																																									
	乙(代理人)の受取金融機関																																									
	金融機関名	銀行コード	支店名	支店コード	種目	口座番号(右詰め)																																				
					普通・当座																																					
	口座名義																																									
	フリガナ																																									
	上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。																																									
	<p>公立学校共済組合大阪支部長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="margin-left: 100px;">所属所名</p> <p style="margin-left: 100px;">所属所長 職名 氏名</p> <p style="margin-left: 100px;">電話番号</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 50px; margin-left: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">             所属所 受付印         </div> <p style="font-size: small; margin-left: 150px;">※受付印がない場合は公印を押印してください。</p>																																									

【添付書類】 ・出産予定日を証明する書類(母子手帳の写し等※)

※母子手帳の場合は出産者氏名及び出産予定日が記載されているページをコピーしてください。

出産予定日まで2か月以内になった日以降に提出してください。

(注1) 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か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。

(注2) 出産費及び家族出産費の法定給付額は50万円で、同附加金は5万円です。(上限額は55万円です。但し産科医療補償制度未加入医療機関での出産の場合及び在胎週数22週未満の出産の場合は、法定給付額のみ1.2万円が減額され53.8万円となります。ただし、令和5年3月31日までの出産については47万円又は45.8万円となります。)

なお、退職後6月以内(1年以上組合員であった方)に出産された組合員の場合は法定給付額のみで、同附加金の給付はありません。 R05.04

記入例

出産費・同附加金  
家族出産費・同附加金

請求書 (受取代理制度用)

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	キョウサイイタロウ																	
	組合員(請求者)氏名	共済 太郎				出産予定年月日			令和 年 月 日										
	組合員の資格取得年月日	平成	22	年	4	月	1	日	組合員の資格喪失年月日	令和	年	月	日						
	出産者氏名及び続柄	共済 花子 (本人被扶養者)				妊娠胎児数			※多胎妊娠の場合は胎児数に応じて請求できます 2 人										
	出産者の生年月日	昭和	3	年	3	月	3	日	被扶養者の扶養認定年月日	平成	4	年	7	月	1	日			
	※被扶養者が認定日から6か月以内に出産する場合のみ、下記も記入してください。																		
	(注1)被扶養者が認定前に加入していた健康保険(いずれか該当する番号に〇印をしてください。)	1. 社会保険	平成	令和	27	年	4	月	1	日	~	平成	令和	4	年	6	月	30	日
		2. 国民健康保険	平成	令和	年	月	日	~	平成	令和	年	月	日						
	3. その他	平成	令和	年	月	日	~	平成	令和	年	月	日							
	4. 未加入	平成	令和	年	月	日	~	平成	令和	年	月	日							
保険者名:	株式会社 △△ 健康保険組合				電話			06-1111-2222											
入院する医療機関	名称	ここにこ助産院																	
	所在地	大阪市中央区にこ町2-5																	
受取代理人記入欄	甲(組合員 共済 太郎)は、乙(医療機関等 ここにこ助産院)を代理人と定め、次の権限を委任する。また、甲は医療機関への直接支払制度を利用しないものとする。 甲が請求する出産費・家族出産費及び同附加金のうち、乙が甲に対して請求する費用の額(上限額(注2))の受領に関する事。 令和 5 年 4 月 3 日 住所 〒 540-8500 大阪市中央区共済町1-1 甲(組合員) 氏名 共済 太郎 (共済印) (電話番号 06-1234-5678) 住所 〒 540-0000 大阪市中央区にこ町2-5 乙(代理人) 代表者 産山 助子 (産山印) (電話番号 06-2525-1000)																		
	乙(代理人)の受取金融機関																		
	金融機関名	銀行コード	支店名		支店コード		種目		口座番号(右詰め)										
	りそな	0010	大手		121		普通・当座		5252555										
	口座名義																		
	フリガナ ウヤマ スケコ																		
	産山 助子																		
	上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。																		
	公立学校共済組合大阪支部長 様 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 電話番号 06-8765-4321																		
	大阪市立〇〇小学校 受所属付印 R5.4.10																		

【添付書類】 ・出産予定日を証明する書類(母子手帳の写し等※)

※母子手帳の場合は出産者氏名及び出産予定日が記載されているページをコピーしてください。

出産予定日まで2か月以内になった日以降に提出してください。

(注1) 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か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。

(注2) 出産費及び家族出産費の法定給付額は50万円で、同附加金は5万円です。(上限額は55万円です。但し産科医療補償制度未加入医療機関での出産の場合及び在胎週数22週未満の出産の場合は、法定給付額のみ1.2万円が減額され53.8万円となります。ただし、令和5年3月31日までの出産については47万円又は45.8万円となります。)

なお、退職後6か月以内(1年以上組合員であった方)に出産された組合員の場合は法定給付額のみで、同附加金の給付はありません。 R05.04

## 留意事項等

(組合員)

- 1 この請求書により請求できるのは、公立学校共済組合大阪支部の組合員（1年以上組合員であった方が退職後6か月以内に出産したときを含む）であって、出産費及び家族出産費の受給権を有する見込みのある方で、かつ出産予定日まで2か月以内の方又は出産予定日まで2か月以内の被扶養者を有する方です。
- 2 「組合員記入欄」及び「受取代理人記入欄」の「甲（組合員）」の部分に記入してください。
- 3 請求書受理後、共済組合と出産予定医療機関等の間で、請求書の受付の有無、分娩に関する証明及び費用に関する事等情報交換を行いますので、あらかじめご了承ください。
- 4 請求書の提出に当たっては、母子健康手帳（写）又はその他出産予定日を証明する書類（写し）を添付してください。
- 5 請求書記載の受取代理人である医療機関等以外で出産することとなった場合は、速やかに当共済組合（医療担当）までご連絡願います。

(医療機関等)

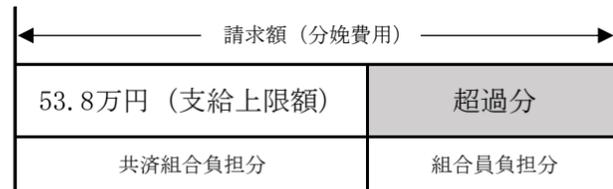
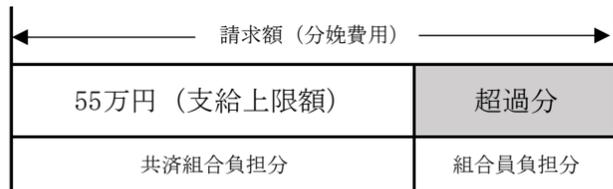
- 1 「受取代理人記入欄」の「乙（代理人）」及び「乙（代理人）の受取金融機関」に記入してください。
- 2 この請求書受理後、当共済組合から医療機関等に受付を行った旨を文書で通知します。
- 3 出産貸付制度を利用される場合は、受取代理制度用の対象となりません。
- 4 分娩費用が確定した際は、分娩費請求書の写し等を速やかに当共済組合（医療担当）へ提出してください。

## 《支給パターン》

◆医療機関等からの請求額（分娩費用）が支給上限額（55万円又は53.8万円）以上で

①産科医療補償制度加入医療機関等で出産した場合

②産科医療補償制度未加入医療機関等で出産した場合



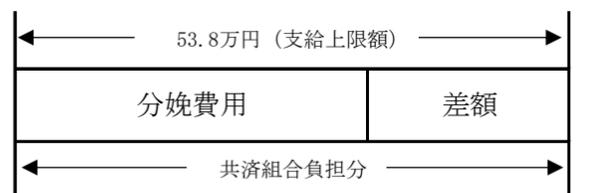
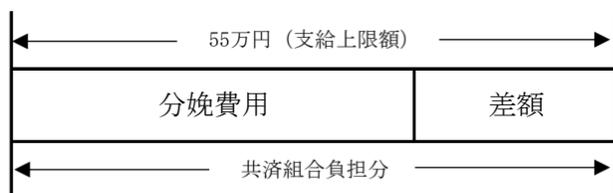
- ・共済組合は、支給上限額の55万円を医療機関等に支払う
- ・組合員は、超過分を医療機関等に支払う

- ・共済組合は、支給上限額の53.8万円を医療機関等に支払う
- ・組合員は、超過分を医療機関等に支払う

◆医療機関等からの請求額（分娩費用）が支給上限額（55万円又は53.8万円）未満で

①産科医療補償制度加入医療機関等で出産した場合

②産科医療補償制度未加入医療機関等で出産した場合



- ・①②とも、共済組合は分娩費用分を医療機関等に、差額分を組合員に支払う

※共済組合員の資格喪失後6か月以内に出産した場合は、法定給付の50万円（在胎週数22週未満の出産や産科医療補償制度未加入医療機関等における出産の場合は1.2万円が減額され48.8万円）のみとなります。