

出 産 費 等 請 求 書

(共)出 産 費・家族出産費・(同附加金)
(互)出産手当金・配偶者出産手当金(妊産婦検診料補助金)

所 属	所 属 名
事務担当者印	所 属 コ ー ド
⑩	

組 合 員 が 記 入 す る と こ ろ	所 属 所 名	※被扶養者が出産する場合この枠内も記入してください				
	組 合 員 証 番 号	公立佐賀	被 扶 養 者 氏 名			
	組 合 員 氏 名		被 扶 養 者 の 生 年 月 日	年 月 日		
	組 合 員 の 生 年 月 日	年 月 日	被 扶 養 者 の 認 定 月 日	平成 年 月 日 令和		
	資 格 取 得 年 月 日	年 月 日	※認定されて6月以内に出産される方へ 従前加入していた保険について記入してください			
	資 格 喪 失 年 月 日	年 月 日	1. 国保 2. 健康保険 3. 共済組合 4. その他			
	出 産 に 関 する 事 項	出 産 児 氏 名	※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を添付すること。 (直接支払制度を利用の場合は、不要です。)			
		性 別 ・ 続 柄				男 ・ 女 続 柄 ()
		出 産 日				令和 年 月 日
		出 産 の 場 所 (医療機関名及び所在地)				(名称) (住所)
		(互)検診月数				

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合佐賀支部長 様
(一財)佐賀県教職員互助会理事長
令和 年 月 日

請求者 住 所
氏 名
自宅電話番号 () —

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
所属長 職 名
氏 名
所属電話番号 () —

(記入不要)

決 定 額	法 定 給 付	
	直 接 支 払 額	
	差 引 支 給 額	
	附 加 給 付	
	計	
	互 助 会 給 付	
	検 診 料 給 付	

※ 医療機関等への直接支払制度を利用される場合は、共済組合が分娩費用を医療機関等へ支払った残りの額について支給することになります。

- ※ 医療機関が発行した、出産費用の領収・内訳明細書(出産日、出産数等が記載されたもの)の写しを添付してください。
- ※ 医療機関から交付される直接支払制度に関する合意文書の写しを添付してください。

※直接支払制度を利用されない場合は、上記に加えて、下記証明が必要です。

医 師 又 は 助 産 師 の 証 明 書	
出産者氏名・生年月日	年 月 日 生
上記の者は令和 年 月 日に出産、死産、早産、流産、(妊娠 か月) したことを証明する。	
令和 年 月 日	
証明者 住所	
氏 名	⑩
電話番号 () —	
※双生児以上の場合は、その旨記入してください。(双生児・())	
※死産、早産、流産の場合は、(妊娠 か月) を記入してください。	