

〔 出産費等請求書の記入例・本人分 〕

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             |
| ㊞      | 〇〇〇小学校                |
|        | 3   4   5   0   0   0 |

|             |                   |                                  |                                                                                           |       |
|-------------|-------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 組合員が記入するところ | 所 属 所 名           | 〇〇〇小学校                           | ※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            | 5678910                          | 被扶養者氏名                                                                                    |       |
|             | 組合員氏名             | 公立 花子                            | 被扶養者の生年月日                                                                                 | 年 月 日 |
|             | 組合員の生年月日          | 昭和 63 年 6 月 28 日                 | 被扶養者の認定月日                                                                                 | 年 月 日 |
|             | 資格取得年月日           | 平成 24 年 4 月 1 日                  | ※認定されて6月以内に出産される方へ<br>従前加入していた保険について記入してください<br>1. 国保 2. 健康保険 3. 共済組合 4. その他              |       |
|             | 資格喪失年月日           | 年 月 日                            |                                                                                           |       |
|             | 出産児氏名             | 公立 太一                            |                                                                                           |       |
|             | 性別・続柄             | 男・女 続柄 ( 長 男 )                   | ※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。<br>(直接支払制度を利用の場合は、不要です。) |       |
|             | 出産日               | 令和 1 年 5 月 15 日                  |                                                                                           |       |
|             | 出産の場所(医療機関名及び所在地) | (名称) はがくれ産婦人科<br>(住所) 佐賀市城内〇-〇-〇 |                                                                                           |       |
| 出産に関すること    |                   | (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 1 年 5 月 20 日

請求者 住 所 佐賀市城内〇-〇-〇〇〇  
氏 名 公立 花子 ㊞  
自宅電話番号 (〇〇〇〇) - 〇〇 - 〇〇〇〇

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

令和 1 年 5 月 20 日  
所属長 職 名 〇〇〇小学校長  
氏 名 本庄 三男 職印  
所属電話番号 (〇〇〇〇) - 〇〇 - 〇〇〇〇

(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                                           | ㊞       |
| 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。             |         |

〔 出産費等請求書の記入例・家族分 〕

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 |
| ㊞      |           |
|        |           |

|             |                   |                                  |                                                                                           |                  |
|-------------|-------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 組合員が記入するところ | 所 属 所 名           | 〇〇〇小学校                           | ※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            | 5678910                          | 被扶養者氏名                                                                                    | 公立 花子            |
|             | 組合員氏名             | 公立 一郎                            | 被扶養者の生年月日                                                                                 | 昭和 63 年 6 月 20 日 |
|             | 組合員の生年月日          | 昭和 61 年 8 月 10 日                 | 被扶養者の認定月日                                                                                 | 平成 27 年 4 月 1 日  |
|             | 資格取得年月日           | 平成 21 年 4 月 1 日                  | ※認定されて6月以内に産まれる方へ<br>従前加入していた保険について記入してください<br>1. 国保 2. 健康保険 3. 共済組合 4. その他               |                  |
|             | 資格喪失年月日           | 年 月 日                            |                                                                                           |                  |
|             | 出産児氏名             | 公立 ユキ子                           | ※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。<br>(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 (二女)                    |                                                                                           |                  |
|             | 出産日               | 令和 1 年 5 月 15 日                  |                                                                                           |                  |
|             | 出産の場所(医療機関名及び所在地) | (名称) はがくれ産婦人科<br>(住所) 佐賀市城内〇-〇-〇 | (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 1 年 5 月 20 日

請求者 住 所 佐賀市城内〇-〇-〇〇〇  
氏 名 公立 一郎 ㊞  
自宅電話番号 (〇〇〇〇)-〇〇-〇〇〇〇

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

令和 1 年 5 月 20 日  
所属長 職 名 〇〇〇小学校長  
氏 名 本庄 三男 職印  
所属電話番号 (〇〇〇〇)-〇〇-〇〇〇〇

(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                                          | ㊞       |
| 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。            |         |

[ 流産等の記入例 ]

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 |
| ㊞      |           |
|        |           |

|             |                   |                                  |                                                                                           |                  |
|-------------|-------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 組合員が記入するところ | 所 属 所 名           | 〇〇〇小学校                           | ※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            | 5678910                          | 被扶養者氏名                                                                                    | 公立 花子            |
|             | 組合員氏名             | 公立 一郎                            | 被扶養者の生年月日                                                                                 | 昭和 63 年 6 月 20 日 |
|             | 組合員の生年月日          | 昭和 61 年 8 月 12 日                 | 被扶養者の認定月日                                                                                 | 平成 27 年 4 月 1 日  |
|             | 資格取得年月日           | 平成 25 年 4 月 1 日                  | ※認定されて6月以内に産まれる方へ<br>従前加入していた保険について記入してください<br>1. 国保 2. 健康保険 3. 共済組合 4. その他               |                  |
|             | 資格喪失年月日           | 年 月 日                            |                                                                                           |                  |
|             | 出産児氏名             | 流 産                              |                                                                                           |                  |
|             | 性別・続柄             | 男・女 続柄 ( )                       | ※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。<br>(直接支払制度を利用の場合は、不要です。) |                  |
|             | 出産日               | 令和 1 年 5 月 6 日                   |                                                                                           |                  |
|             | 出産の場所(医療機関名及び所在地) | (名称) はがくれ産婦人科<br>(住所) 佐賀市城内〇-〇-〇 |                                                                                           |                  |
| 出産に関すること    |                   | (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 1 年 5 月 10 日

請求者 住 所 佐賀市城内〇-〇-〇〇〇  
氏 名 公立 一郎 ㊞  
自宅電話番号 (〇〇〇〇)-〇〇-〇〇〇〇

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

令和 1 年 5 月 10 日  
所属長 職 名 〇〇〇小学校長  
氏 名 本庄 三男 職印  
所属電話番号 (〇〇〇〇)-〇〇-〇〇〇〇

(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                                                   | 公立 花子 S63 年 6 月 20 日 生 |
| 上記の者は令和 1 年 5 月 6 日に産、死産、早産、 <u>流産</u> 、(妊娠 4 か月) したことを証明する。 |                        |
| 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日                                               |                        |
| 証明者 住所                                                       | 佐賀市城内〇-〇-〇             |
| 氏名                                                           | 〇〇〇産婦人科 ㊞              |
| 電話番号                                                         | (〇〇〇〇)-〇〇-〇〇〇〇         |
| ※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。                             |                        |