

出産費・家族出産費内払金(共済)
 (差額請求分)
 出産費附加金・家族出産費附加金(共済)
 出産手当金(互助会)

請求書

直接支払制度対応

給 コ ー ド	与 ド	1 県 費	2 国 費
		3 市町村費	4 その他

組 合 員 (会 員) 氏 名		組合員等記号番号 (会 員 番 号)		公立島根	
出 産 者 名		出 産 年 月 日		年 号	5
出 産 者 の 生 年 月 日	年 号	昭 和 3 平 成 4 令 和 5	年	月	日
出 産 時 の 医 療 機 関 名		今 回 の 出 産 児 数 [死 産 ・ 流 産 を 除 く]		死 産 流 産 児 数	
退 職 区 分	1 現 職 2 退 職 した	出 産 者	1 組 合 員 2 被 扶 養 者 3 そ の 他		
請 求 額	出 産 費 ・ 家 族 出 産 費 差 額 請 求 分 *		同 附 加 金	出 産 費 (互 助)	合 計
	共 済 組 合	円	円		円
	互 助 会			円	円

* 上記の出産費・家族出産費の差額請求分の算出方法

法定給付(1児につき)
 上限*50万円

円

医療機関から交付された明細書
 (注1)に記載された金額

= 円

差額請求分*

※明細書に記載された金額が法定給付を上回る場合は、差額請求分に0と記入してください。

※産科医療補償制度対象分娩でない場合は、48万8千円が上限となる。

上記のとおり請求します。
 令和 年 月 日

(請求者)

住 所

氏 名

公立学校共済組合島根支部長 様
 一般財団法人島根県教職員互助会理事長 様

(自署によらない場合は押印が必要です。)

所 属 所 受 付 印	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
	T E L
	公印

注：産科医療補償制度対象分娩の場合は、1児につき出産費・家族出産費50万円、同附加金5万円、合計55万円(制度対象分でない場合は、1児につき出産費・家族出産費48万8千円、同附加金5万円、合計53万8千円)ただし、医療機関への直接支払制度において、共済組合が支給できる額は*50万円(制度対象外であれば48万8千円)を限度とする。

1. 医療機関等からの出産費用の内訳等が明記されている明細書(写しでも可)を添付してください。
2. 医療機関等から交付される代理契約に関する文章「合意文書」(写しでも可)を添付してください。
3. 被扶養者として認定を受けるときは「被扶養者認定申告書」により手続きしてください。
4. 出産児数は現に出産した児数とし、過去の出産児は含みません。