

給付種別	区分
0	3
	0

出産費・同附加金（共済）

家族出産費・同附加金（共済）請求書

出産手当金（互助会）

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					
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	今 回 の 出 産 児 数 〔 死 産 ・ 流 産 を 除 く 〕	死 産 流 産 児 数
請 求 額		出 産 費 家 族 出 産 費	同 附 加 金	出 産 費 （ 互 助 ）	合 計
	共 済 組 合	円	円		円
	互 助 会			円	円
医 助 産 師 の 証 明	令和 年 月 日 様は出産・早産・死産・流産（妊娠 カ月） したことを証明します。 令和 年 月 日 （証明者） 住 所 氏 名 ⑩				
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				

- 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4万8千円、同附加金5万円、合計5万3千8百円）
- 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。
- 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。
- 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。
- 出産費等の直接支払制度を希望された場合は、「出産費・家族出産費等内払金請求書」で申請してください。（R6.12）