

出産費（同附加金）・家族出産費（同附加金）

(互)出産祝（見舞）金・(互)配偶者出産祝（見舞）金

請求書

共済記入欄 決定額	円
--------------	---

該当する項目を丸で囲んでください

所属所名 (所属コード)	(E)			組合員等 記号・番号	公立徳			
資格取得年月日 年 月 日		資格喪失年月日 年 月 日		組合員氏名				
出産者氏名 (組合員との続柄)	(本人・被扶養配偶者・非被扶養配偶者)			出産者の 被扶養者 認定日	昭和 平成 令和	年 月 日		
出産児数	人	死産児数	人	産科医療保障制度	対象・対象外		続柄	
出生者	生年月日	令和 年 月 日	(フリガナ) 氏名					
医療機関名				出産者が被扶養者に認定され 6か月以内に出産した場合は 右の欄を記入してください	離職日 健康保険等	令和 年 月 日 有・無		
直接支払制度の 利用		請求金額						
代理 受 取 有・無・ ・	出産費	直性支払制度利用有：*50万円と代理受取額の差額を記入 円		家族 出産費	直性支払制度利用有：*50万円と代理受取額の差額を記入 円			
	出産費 附加金	資格喪失後の出産でない場合5万円支給 円		家族出産費 附加金	5万円支給 円			
	(互)出産祝金	互助加入者は3万円支給 円		(互)配偶者 出産祝金	互助加入者は3万円支給 円			

上記のとおり申請します。

公立学校共済組合徳島支部長 殿 〒
令和 年 月 日 組合員 住所
氏名

(印)

(自署の場合省略可)

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

職名

所属所長

氏名

所属所受付年月日

所属所の文書受付印の押印又は
受付印がない場合は年月日を記入し
担当者印を押印してください。

令和 年 月 日

*産科医療補償制度対象外の場合は、48万8千円

・添付書類：1.出生証明書の写し、または、母子手帳の写し

※母子手帳の写しを添付する場合は「子の保護者氏名が記載されたページの写し」と「出産の状態と医師の氏名が記載されたページの写し」の2点が必要です

2.出産費用明細書の写し

※代理受取額（直接支払制度利用有の場合）と産科医療補償制度の対象かどうかが記載されたもの

3.直接支払制度に関する合意文書の写し

※直接支払制度利用の有無にかかわらず提出してください

・互助組合の配偶者出産祝（見舞）金は被扶養者でない配偶者（非被扶養配偶者）についても請求できます

公立学校共済組合 受付欄	
-----------------	--

出産費（同附加金）・家族出産費（同附加金）

(互)出産祝（見舞）金・(互)配偶者出産祝（見舞）金

請求書

共済記入欄	決定額
	円

該当する項目を丸で囲んでください

所属所名 (所属コード) (E 1234)	○○小学校			組合員等 記号・番号	公立徳 1234567
資格取得年月日 令和 2 年 4 月 1 日	資格喪失年月日 年 月 日			組合員氏名	徳島 花子
出産者氏名 (組合員との続柄) 本人	徳島 花子			出産者の 被扶養者 認定日	昭和 平成 年 月 日 出産者が被扶養配偶者の場合は記入してください
出産児数 1 人	死産児数 0 人	産科医療保障制度	対象	対象外	
出生者 生年月日 令和 6 年 11 月 10 日	(フリガナ) 氏名 トクシマ タロウ 徳島 太郎	統柄 長男			
医療機関名 △△病院	双子の場合 2名の名前と続柄を 記入してください	離職日 健康保険等 保険者名	令和 年 月 日 有 無 記入してください		
直接支払制度の 利用 有・無・ 代理 受 取	請求金額				
出産費 0 円	直支払制度利用有：*50万円と代理受取額の差額を記入 双子の場合 100万円との差額を	5万円支給			
出産費 附加金 50,000 円	資格喪失後の出産でない場合5万円支給 附加金	5万円支給			
(互)出産祝金 30,000 円	互助加入者は3万円支給 双子の場合 10万円支給されます	互助加入者は3万円支給			

上記のとおり申請します。

公立学校共済組合徳島支部長 殿 〒 123-4567

令和 6 年 12 月 1 日 組合員 住所 組合員の住所を記入してください
氏名 徳島 花子 (印)

(自署の場合省略可)

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 6 年 12 月 3 日

職名 ○○小学校 校長

所属所長

氏名 阿波 二郎

受付印は所属所経由であることを

確認するために必ず必要です。

押印がない場合は受付できません。

令和 年 月 日

*産科医療補償制度対象外の場合は、48万8千円

・添付書類：1.出生証明書の写し、または、母子手帳の写し

※母子手帳の写しを添付する場合は「子の保護者氏名が記載されたページの写し」と「出産の状態と医師の氏名が記載されたページの写し」の2点が必要です

2.出産費用明細書の写し

※代理受取額（直接支払制度利用有の場合）と産科医療補償制度の対象かどうかが記載されたもの

3.直接支払制度に関する合意文書

※直接支払制度利用の有無にかかわらず提出してください

・互助組合の配偶者出産祝（見舞）金は被扶養者でない配偶者（非被扶養配偶者）についても請求できます

公立学校共済組合	受付欄
----------	-----