

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

決定額	共済記入欄
	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		資格喪失年月日		組合員氏名			
年 月 日		年 月 日					
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 年 月 日 平成 令和	
出産児数		人		死産児数		人	
産科医療保障制度		対象 ・ 対象外					
出生者	生年月日	令和 年 月 日		(フリガナ) 氏名		続柄	
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 保険者名	
直接支払制度の 利用		請求金額					
		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 円	
有 ・ 無 ・ 代理 受取		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 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 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 千 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。						所属所受付年月日	
令和 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。	
職名						令和 年 月 日	
所属所長							
氏名							

*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

決定額	共済記入欄
	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)	〇〇小学校 (E 1234)		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)	徳島 花子 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 年 月 日 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	
医療機関名		△△病院		双子の場合 2名の名前と続柄を	養者に認定され 出産した場合は してください
直接支払制度の 利用		請求金額			
有 ・ 無 ・ 代理受取		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 0 円			
		資格喪失後の出産でない場合5万円支給 円			
		5万円支給 円			
		互助加入者は3万円支給 円			
		互助加入者は3万円支給 円			
		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 千 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 〇〇小学校 校長					
所属所長					
氏名 阿波 二郎					
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
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。	
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	