

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)		組合員番号			
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 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
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か月以内に出生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			
有 ・ 無 ・ 代理受取		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	
		出産費 附加金		資格喪失後の出生でない場合5万円支給 円		直性支払制度利用有：*50万円と代理受取額の差額を記入 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 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 (一財)徳島県教職員互助組合理事長 殿				〒		住所	
令和 年 月 日				組合員		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				所属所受付年月日			
職名				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。			
所属所長				令和 年 月 日			
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

※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	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)	組合員番号	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 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	続柄 長男
医療機関名	△△病院	双子の場合 2名の名前と続柄を 書いてください	産者に認定され 出産した場合は 記入してください
直接支払制度の 利用	請求金額	離職日 令和 年 月 日 健康保険等 有・無	保険者名
代理受取	有・無・	出産費 0 円	双子の場合 100万円との差額を 記入してください
		出産費 附加金 50,000 円	5万円支給 円
		(互)出産祝金 30,000 円	双子の場合 10万円支給されます 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 〒 123-4567 (一財)徳島県教職員互助組合理事長 住所 組合員の住所を記入してください 令和 6 年 12 月 1 日 組合員 氏名 徳島 花子 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。	
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
----------	-----