

組合員の出産(双子)で、出産費用が法定給付額を上回る場合

<記入例>

出産費・同附加金
家族出産費・同附加金

請求書(直接支払制度利用)

所属所名 (退職時の所属所)		新宿区立公立小学校		電話 03 (5320) 6827	
組合員名	教諭	氏名	新宿 花子	組合員証番号	0 9 8 7 6 5 4 3 (枝番) 0 0
資格取得日	昭和 平成 令和	23 年 4 月 1 日	資格喪失日	令和 年 月 日	
出産者氏名	新宿 花子	本人1 家族2	1	出産者生年月日	昭和 平成
出生児数	単胎・多胎(2児)				
出産の場所	△ △ 病院		出産年月日	令和 2 年 1 月 8 日	
出産児氏名	新宿 花代・一男				
請求金額	出産費・家族出産費 ¥ 0	同附加金 ¥ 50,000 100,000	合計 ¥ 100,000		

出産費用が法定給付額以上の場合は「0」と記入してください。

双子の場合、二重線で消し、倍額に訂正

公立学校共済組合東京支部長 殿

住所 新宿区西新宿 2-8-1-909

令和 3 年 1 月 18 日

請求者

署名 新宿 花子

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 3 年 1 月 20 日

職名 新宿区立公立小学校長

所属所長

氏名 公立 次郎

(公印省略)

事務取扱者氏名

共済 太郎

共済組合受付

※ 出産費等の請求に必要な添付書類

- (1) 医療機関が交付した直接支払制度の「合意文書」(写し)
- (2) 「出産育児一時金明細書」(写し)
 出産年月日・出産児数・代理受取額等の記載があり、産科医療補償制度加入機関の
 所定のスタンプが押印されていること
- (3) 出産費用の「領収書」(写し)
 (出産育児一時金明細書に産科医療補償制度加入機関のスタンプ印が押印されている場合は提出不要です。)

提出先 公立学校共済組合東京支部給付貸付課短期給付担当

(令和4年1月)