

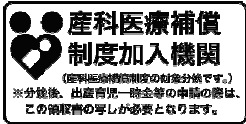
出産費・同附加金
家族出産費・同附加金

請求書(直接支払制度利用なし)

所属所名 (退職時の所属所)									
電話 ()									
組合員名	氏名	組合員番号	(枝番) 0 0						
資格取得日	昭和 平成 令和 年 月 日			資格喪失日	令和 年 月 日				
出産者氏名			本人1 家族2	出産者生年月日	昭和 平成 年 月 日				
出産者の被扶養者認定年月日 ※家族出産の場合に記入		昭和 平成 令和 年 月 日		出生児数	単胎・多胎(児)				
出産の場所				出産年月日	令和 年 月 日				
出産児氏名									
請求金額	出産費・家族出産費 ¥		同附加金 ¥ 50,000		合計 ¥				
は、 年 月 日 [出産・早産・流産・死産] [胎 () 児] [妊娠 週] したことを証明します。 年 月 日 住所 証明者 (医師又は助産師) 名称 氏名 印									
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合東京支部長 殿 住所 年 月 日 請求者 署名									
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 職名 所属所長 氏名 (公印省略)					事務取扱者氏名				

※ 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)の書類に直接支払制度利用なしの旨が記載されている場合は添付不要
- (2) 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書類(領収書等)(写し)
※ 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ない場合、「産科医療保障制度の対象分娩です。」と印字されていることを確認してください。
または、産科医療補償制度加入登録証(写)でも可能です。



スタンプ印イメージ