

直接支払制度を利用しない場合

<記入例>

出産費・同附加金
家族出産費・同附加金

請求書(直接支払制度利用なし)

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	東京 さくら		組合員番号	0 9 8 7 6 5 4 3 (枝番)				0 0
資格取得日	昭和 平成 28 年 4 月 1 日				資格喪失日	令和 年 月 日				
出産者氏名	東京 さくら		本人1 家族2	1		出産者生年月日	昭和 平成 5 年 4 月 5 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		年 月 日	出生児数	単胎・多胎(児)			
出産の場所	△△病院				出産年月日	令和 8 年 1 月 10 日				
出産児氏名	東京 太郎		海外出産の場合や21週以前の分娩等、産科医療保障制度対象外の場合は、1児につき48.8万円							
請求金額	出産費・家族出産費 ¥ 500,000		同附加金 ¥ 50,000		合計 ¥ 550,000					
東京 さくら は、令和 8 年 1 月 10 日 [出産・早産・流産・死産] [単胎 () 児] [妊娠 35 週] したことを証明します。 令和 8 年 1 月 18 日 住所 △△区 △△台 1-1 証明者 (医師又は助産師) 名称 △△病院 署名 私立 正美 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 新宿区西新宿2-8-1-1001 令和 8 年 1 月 18 日 請求者 署名 東京 さくら										
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 8 年 1 月 22 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)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

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8年1月)