

出産費用が法定給付額
(50万円又は48.8万円)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

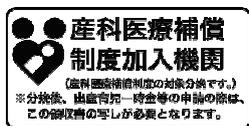
請求書(直接支払制度利用)

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 東京 花子			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 令和 28 年 4 月 1 日				資格喪失日	平成 年 月 日							
出産者氏名	東京 花子		本人1 家族2	1		出産者生年月日	昭和 平成 5 年 4 月 4 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	△ △ 病院				出産年月日	平成 令和 8 年 4 月 10 日							
出産児氏名	東京 貫太郎												
請求金額	出産費・家族出産費 ¥ 0			同附加金 ¥ 50,000		合計 ¥ 50,000							
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 2-8-1-305 令和 8 年 4 月 18 日 請求者 署名 東京 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 8 年 4 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			

出産費用が法定給付額(※)を上回る場合は、附加金だけの支給となります。
「0」を記入してください。
(※)50万円(産科医療保障制度対象外の分娩の場合は48.8万円)

※ 出産費等の請求に必要な添付書類

- 医療機関が交付した直接支払制度の「合意文書」(写し)
- 「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るもの
- 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)
※(2)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。
※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)

出産費用が法定給付額
(50万円又は48.8万円)を
下回る場合

<記入例>

出産費・同附加金

請求書(直接支払制度利用)

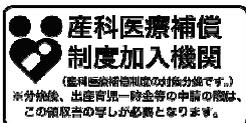
家族出産費・同附加金

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 太郎	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 令和	28 年 4 月 1 日	資格喪失日	平成 年 月 日		
出産者氏名	新宿 花子	本人1 家族2	2	出産者生年月日	昭和 平成	5 年 4 月 4 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	7 年 3 月 4 日	出生児数	単胎・多胎(児)	
出産の場所	△ △ 病院		出産年月日	平成 令和	8 年 4 月 10 日	
出産児氏名	新宿 すみれ					
請求金額	出産費・家族出産費	同附加金	合計			
	¥ 94,500	¥ 50,000	¥ 144,500			
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 2-8-1-305			
令和 8 年 4 月 18 日			請求者 署名 新宿 太郎			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。					事務取扱者氏名	
令和 8 年 4 月 22 日					共済 太郎	
所属所長 職名 新宿区立公立小学校長 氏名 公立 次郎 (公印省略)					共済組合受付	

出産費用が法定給付額(※)を下回る場合は、差額を支給します。
法定給付額から、出産費用(出産育児一時金明細書に記載の「代理受取額」)を引いた金額を記入してください。
例: 出産費用(代理受取額)が405,500円の場合、
 $500,000 - 405,500 = 94,500$ 円
(※)50万円(産科医療保障制度対象外の分娩の場合は48.8万円)

※ 出産費等の請求に必要な添付書類

- 医療機関が交付した直接支払制度の「合意文書」()
- 「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るもの
- 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)
※(2)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。
※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)

双子の出産で、出産費用が法定給付額
(100万円※産科医療保障制度加入機関の場合)を
上回る場合

<記入例>

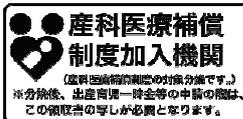
出産費・同附加金
家族出産費・同附加金

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	東京 花子		組合員号	0 9 8 7 6 5 4 3 (枝番)				0 0
資格取得日	昭和 平成 令和 28 年 4 月 1 日				資格喪失日	令和 年 月 日				
出産者氏名	東京 花子		本人1 家族2	1	出産者生年月日	昭和 平成 5 年 3 月 3 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 (2 児)					
出産の場所	△△病院				出産年月日	令和 8 年 1 月 8 日				
出産児氏名	東京 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					
上記のとおり請求します。					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 令和 8 年 1 月 18 日 請求者					住所 新宿区西新宿 2-8-1-909 署名 東京 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 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					

※ 出産費等の請求に必要な添付書類

- 医療機関が交付した直接支払制度の「合意文書」(写し)
- 「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るもの
- 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)
※(2)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。
※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)