

出 産 費 計 円  
 家 族 出 産 費 出 産 費 附 加 金 請 求 書 出 産 費 附 加 金 円  
 家 族 出 産 費 附 加 金 円

組 合 員 証 号 記 号 番 号	公立鳥取	所 属 機 関 名	
組 合 員 氏 名		性 別	生 年 月 日 昭 和 平 成 年 月 日
資 格 取 得 年 月 日	昭 和 平 成 令 和 年 月 日	資 格 喪 失 年 月 日	令 和 年 月 日
出 産 者 氏 名		出 産 児 氏 名	続 柄
出 産 年 月 日	令 和 年 月 日	出 産 場 所	
医 師 又 は 助 産 師 の 証 明	(出産者氏名) 令和 年 月 日 _____ は、出産・死産・ 早流産(妊娠 か月)したことを証明する。 なお、この分娩は、産科医療補償制度 対象 ・ 対象外 分娩です。 令和 年 月 日 証 明 者 住 所 氏 名 ⑩		
請 求 金 額	出 産 費 円	出 産 費 附 加 金 円	家 族 出 産 費 附 加 金 円
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合鳥取支部長 様 令和 年 月 日 請 求 者 住 所 氏 名			

※印欄は記入しないでください。

\* 出産費・家族出産費 出産数1人につき

産科医療補償制度対象分娩の場合	42万円	
対象外分娩の場合	R4.1.1~	40万8千円
	~R3.12.31	40万4千円

\* 出産費附加金・

家族出産費附加金 出産数1人につき	5万円
----------------------	-----