（直接支払制度）

出　　産　　費
家　族　出　産　費
出産費附加金
家族出産費附加金

請　求　書

計　　円

※決定額				
	出産費	円	出産費附加金	円
	家族出産費	円	家族出産費附加金	円

組合員証記号番号	公立鳥取	所属機関名			
組合員氏名		性別		生年月日	年　月　日
資格取得年月日	年　月　日	資格喪失年月日	年　月　日		
出産者氏名		出産児氏名		続柄	
出産年月日	年　月　日	出産した医療機関名			

出産費差額計算欄

出産費総額（＊）　－　直接支払額(代理受取額)　＝　出産費差額

	産科医療補償制度 該当する方に○	出産日	
		～R3.12.31	R4.1.1～
＊出産費総額	対象分娩	420,000円	
	対象外分娩	404,000円	408,000円

請求金額	出産費	円	出産費附加金	円
	家族出産費		家族出産費附加金	

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

年　月　日

請求者　住所
氏名

1．出産費用の代理受取額と内訳を記した明細書の写しを添付すること
2．直接支払制度に関する合意文書の写しを添付すること
3．産科医療補償制度対象分娩の証明が押された書類の写しを添付すること（産科医療補償制度対象分娩の場合のみ）