

(事前申請用)

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	医療機関	円
	組合員	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		組合員 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		出産者 生年月日	年 月 日
		出産予定日	年 月 日
出産する 医療機関名		出産予定児数	人
出産費	円	出産費附加金	円
家族出産費		家族出産費附加金	円

上記のとおり請求します。
 なお、分娩費用については、下記受取代理人に振込願います。
 公立学校共済組合鳥取支部長 様
 年 月 日 請求者 住所
 氏名

私は、上記組合員より分娩費用の受領委任を受けましたので、当該費用は
 下記口座に振り込んでいただきますようお願いいたします。

年 月 日 医療機関コード
 住所
 代理受取人 氏名 ㊞

受取代理人の記入欄	該当する項目に○を付けてください	受取代理を行う給付金及び上限額	(家族) 出産費 1児につき 40.8万円		
		産科医療補償制度加入状況	(家族) 出産費及び同附加金 1児につき 45.8万円		
			加入 (上記出産費に1児につき1.2万円加算) 非加入		
	金融機関名	店名 本支店コード	預金種別	口座番号	フリガナ 口座名義

出産予定日を証明する書類の写し、又は母子手帳の写しを添付すること。