



<記入例>  
**出産費・家族出産費  
 (同附加金) 請求書**

所属所受付印	共済組合受付印
	

所属所コード	組合員等記号番号	出産者の資格情報のお知らせ等に記載の資格取得日又は被扶養者認	組合員氏名	出産者が退職による組合員資格喪失後又は被扶養者取消後に請求する場合に記入
公立高等学校	記号 番号	公立 花子	公立 花子	
1 2 3 4	公立 富	1 2 3 4 5 6		
出産者氏名	公立 花子 続柄 本人	出産児氏名	公立 一郎 続柄 長男	
出産者資格取得年月日	平成 ○年 ○月 ○日	出産者資格喪失年月日	令和 年 月 日	
出産年月日	令和 ○年 ○月 ○日	出産の場所(医療機関等名)	□□産婦人科医院	
請求金額	出産費 家族出産費	500,000円	× 出産児数 1人	= 出産費 家族出産費 500,000円
	出産費附加金 家族出産費附加金	産科医療補償制度対象分娩でない場合 488,000円		
		50,000円 × 出産児数 1人		= 50,000円
医師または助産師の証明	令和 ○年 ○月 ○日	(出産者名) 公立 花子 (出産児数) 1人	は、	1人
	令和 ○年 ○月 ○日	出産・死産・早流産 (妊娠 10 か月 10 日)したこ		
		(該当を○で囲んでください。)		
	証明者	住所 富山市富山町100番地		
		氏名 □□産婦人科医院長 富山 太郎		
上記のとおり請求します。				
公立学校共済組合富山支部長 殿				
令和 ○年 ○月 ○日 請求者 住所 富山市富山町1番-2号				
氏名(自署) 公立 花子				
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 出産日が資格喪失後の場合、この欄の記入不要				
令和 ○年 ○月 ○日 所属所名 ○○市立 ○○○学校				
所属所長職氏名 校長 共済学				

- この請求書は、出産費等直接支払制度を利用せず、出産に要する費用全額を支払った場合に使用する様式です。 R7.7
- 医療機関等から発行される直接支払制度を利用しない旨の記載がなされた領収書(産科医療補償制度対象分娩である場合は、そのことを示すスタンプが押印されている書類(出産費用明細書等)の写しと一緒に)を添付してください。  
 ※産科医療補償制度対象分娩のスタンプや、領収印など押印部分が変わるようにコピーしてください。
- 1年以上組合員であった者が退職後6月以内の出産により請求する場合は、出産時に加入の医療保険者から出産費等を申請しない旨の文書をお取り寄せのうえ添付してください。
- 出産児の続柄の欄は、長男、二女等とご記入ください。
- 請求者氏名は自署してください。コピーは不可。

共済組合記入欄(この欄は記入しないでください。)		
決定金額	総給付金額	円
	出産費 家族出産費	円
	出産費附加金 家族出産費附加金	円