

出産費等内払金 支払依頼書 (直接支払制度用)

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		組合員氏名			
		記号	番号				
		公立富					
出産者氏名		続柄		出産児氏名		続柄	
出産者資格取得年月日		平成	年	月	日	令和	
出産年月日		令和	年	月	日	出産の場所 (医療機関等名)	
請求金額	出産費 家族出産費	500,000円		出産児数	医療機関から発行される出産費用明細書等の代理受取額	出産費 家族出産費	
	出産費附加金 家族出産費附加金	488,000円		×	—	=	円
		50,000円		×	出産児数	人	=
							円
<p>出産費等の内払金の支払について依頼します。</p> <p>公立学校共済組合富山支部長 殿</p> <p>令和 年 月 日 請求者 住所 氏名(自署)</p>							
<p>上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日 所属所名 所属所長職氏名</p>							

R7.7

- 1 次の書類を添付してください。
 - ①直接支払制度を利用することに関して医療機関等との間で交わした合意文書の写し
 - ②出産日・出産児数・代理受取額が分かる出産費用明細書(または分娩費用明細書)の写し
 - ③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領収書の写し
(②にスタンプが押印されている、もしくは「産科医療保障制度対象分娩です。」との文言が明記されている場合は③の添付は不要です。
※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見えるようにコピーしてください。
- 2 出産児の続柄の欄は、「長男」、「二女」等と記入してください。
- 3 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

出産費等内払金 支払依頼書 (直接支払制度用)

所属所受付印	共済組合受付印
<div style="border: 2px solid red; border-radius: 50%; padding: 10px; display: inline-block;"> 所属所 受付印 </div>	

所属所コード	組員等記号番号	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定日を記入	組員氏名				
〇〇〇学校	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 <small>続柄 本人</small>	出産児氏名	公立 一郎 <small>続柄 長男</small>				
出産者資格取得年月日	平成 〇年 〇月 〇日	出産者資格喪失年月日	令和 年 月 日				
出産年月日	令和 〇年 〇月 〇日	出産の場所(医療機関等名)	〇〇産婦人科医院				
請求金額	出産費 家族出産費	500,000円 <small>(産科医療補償制度対象分娩でない場合)</small> × 488,000円	出産児数 1	医療機関から発行される出産費用明細書等の代理受取額 500,000円	=	出産費 家族出産費	0円
	出産費附加金 家族出産費附加金	50,000円 × 出産児数 1 人 =		50,000円			
<p>出産費等の内払金の支払について依頼します。</p> <p>公立学校共済組合富山支部長 殿</p> <p>令和 〇年 〇月 〇日 請求者 住所 富山市富山町1番地2号 氏名(自署) 公立 花子</p>				<p>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出産した場合は請求できません。</p>			
<p>上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 〇年 〇月 〇日 所属所名 〇〇市立 〇〇〇学校 所属所長職氏名 校長 共済学</p>							

R7.7

1 次の書類を添付してください。

- ①直接支払制度を利用することに関して医療機関等との間で交わした合意文書の写し、
- ②出産日・出産児数・代理受取額が分かる出産費用明細書(または分娩費用明細書)の写し
- ③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領収書の写し
(②にスタンプが押印されている、もしくは「産科医療保障制度対象分娩です。」との文言が明記されている場合は③の添付は不要です。
※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見えるようにコピーしてください。

2 出産児の続柄の欄は、「長男」、「二女」等と記入してください。

3 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	円
	家族出産費	円
	出産費附加金	円
	家族出産費附加金	円