出　産　費・同附加金（共済）
家族出産費・同附加金（共済）請 求 書

直接支払制度を利用した場合は、右を〇で囲ってください。→　直接支払用

組合員氏名		組合員証記号番号	公立岡山							出産者	本　　人 被扶養者である家族						
所属機関の名称及び所在地				出産児数 （死産・流産を含む）			退職区分	現　職・退職後									
出産者氏名		組合員との続柄		出産者の生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	女							
出産児氏名		組合員との続柄		出産年月日	令和	年	月	日	出産								
※出産に要した費用	円			※医療機関等へ支払う額 （給付から控除する額）						円							
出産の場所		資格取得年月日	年　月　日		資格喪失年月日	年　月　日											

請求金額	出産費・家族出産費	同附加金	出産者が被扶養者の場合は記入してください。
（該当しない給付は抹消のこと）	488,000円 500,000円（産科医療補償制度分） 直接支払制度利用の場合は、共済組合が医療機関等へ支払う出産費等との差額 〔　円　〕	50,000　円	・被扶養者認定年月日（　年　月　日） ・認定されて６ヶ月以内の出産の場合 認定前に加入していた医療保険制度名 （　　）

医師又は助産師の証明 （出産状況に〇を付してください） 直接支払制度を利用した場合は、この欄の証明は不要です。	令和　年　月　日　＿＿＿＿＿＿＿＿は（出産児数）＿＿＿＿名を 出産・早産・死産・流産　　か月）したことを証明します。 令和　年　月　日 証明者　住所 氏名　　㊞

上記のとおり請求します。 公立学校共済組合岡山支部長　殿 令和　年　月　日 請求者　住所 氏名	所属所受付印	支部受付印

1　※欄は記入しないこと。
2　多児出産の場合は、出生児名を連記し、請求金額を訂正すること。
3　⑭「退職区分」欄は、出産日が現職中か退職後かで記入すること。
4　添付書類　(1)直接支払制度を利用する場合　―直接支払制度利用に関する合意文書
出産年月日・費用の内訳・専用明細書の内容と相違ない旨の記載された明細書
(2)直接支払制度を利用しない場合―直接支払制度を利用していない旨の記載された明細書
産科医療補償制度の適用を受けている場合は、所定の印が押されたもの

出　産　費・同附加金（共済）
家族出産費・同附加金（共済）　請 求 書

直接支払制度利用

直接支払制度を利用した場合は、右を○で囲ってください。→ 直接支払用

組合員氏名	岡山　花子	組合員証記号番号	公立岡山	A	○	○	○	○	○	出産者	本　人 被扶養者である家族
所属機関の名称及び所在地	△△市立○○学校 △△市○○町○-○			出産児数（死産・流産を含む）	1	退職区分	現　職・退職後				
出産者氏名	岡山　花子	組合員との続柄	本人	出産者の生年月日	昭和 平成	○	○ 年	○	○ 月	○	○ 日	性別	女
出産児氏名	岡山　次郎	組合員との続柄	次男	出産年月日	令和	○	○ 年	○	○ 月	○	○ 日	出産	
※出産に要した費用	空　欄　円			※医療機関等へ支払う額（給付から控除する額）	空　欄　円								
出産の場所	○○病院	資格取得年月日	平成　○　年　○　月　○　日	資格喪失年月日	年　月　日								

在胎23週以上は産科医療保障制度の対象のため
50万と明細の代理受取額（代理受領額）の差額
↑50万円以上の場合0円と記入

請求金額（該当しない給付は抹消のこと）	出産費・家族出産費 ~~488,000円~~ 500,000円（産科医療補償制度の…） 直接支払制度利用の場合は、共済組合医療機関等へ支払う出産費…の差額 〔　0　円〕	50,000　円	…ください。 …月　日） 認定前に加入していた医療保険制度名 （　　）

医師又は助産師の証明（出産状況に○を付してください） 直接支払制度を利用した場合は、この欄の証明は不要です。	（出産者氏名）　（出産児数） 令和 出産・… 令和 …ます。 …印	

＜添付書類＞
・直接支払制度利用に関する合意文書
・出産年月日と費用の内訳等が記載された専用明細書
（様式は病院ごとに異なり、備考欄か欄外に
「専用請求書の内容と相違ありません」と書かれている）

上記のとおり請求します。 公立学校共済組合岡山支部長　殿 令和 ○ 年　○ 月　○ 日 請求者　住所　○○市○○町○-○ 氏名　岡山　花子	所属所受付印 所属所受付印	支部受付印

1　※欄は記入しないこと。
2　多児出産の場合は、出生児名を連記し、請求金額を訂正すること。
3　⑭「退職区分」欄は、出産日が現職中か退職後かで記入すること。
4　添付書類　(1)直接支払制度を利用する場合　―直接支払制度利用に関する合意文書
出産年月日・費用の内訳・専用明細書の内容と相違ない旨の記載された明細書
(2)直接支払制度を利用しない場合―直接支払制度を利用していない旨の記載された明細書
産科医療補償制度の適用を受けている場合は、所定の印が押されたもの

出　産　費・同附加金（共済）
家族出産費・同附加金（共済）　請 求 書

直接支払制度利用なし

直接支払制度を利用した場合は、右を○で囲ってください。→　直接支払用

組合員氏名	岡山　花子	組合員証記号番号	公立岡山	A	○	○	○	○	○	出産者	本人 被扶養者である家族		
所属機関の名称及び所在地	△△市立○○学校 △△市○○町○-○			出産児数（死産・流産を含む）	1	退職区分	現職・退職後						
出産者氏名	岡山　花子	組合員との続柄	本人	出産者の生年月日	昭和 平成	○	○ 年	○	○ 月	○	○ 日	性別	女
出産児氏名	岡山　次郎	組合員との続柄	次男	出産年月日	令和	○	○ 年	○	○ 月	○	○ 日	出産	
※出産に要した費用	空欄　円			※医療機関等へ支払う額（給付から控除する額）	空欄　円								
出産の場所	○○病院	資格取得年月日	平成　○　年　○　月　○　日	資格喪失年月日	年　月　日								
請求金額（該当しない給付は抹消のこと）	出産費・家族出産費 ~~488,000円~~ 500,000円（産科医療補償制度分） 直接支払制度利用の場合は、共済組合が医療機関等へ支払う出産費等との差額 〔500,000　円〕			50,000　円	認定前に加入していた医療保険制度名 （　　）								

在胎23週以上は産科医療保障制度の対象のため
50万と明細の代理受取額（代理受領額）の差額
↑50万円以上の場合0円と記入

医師又は助産師の証明（出産状況に○を付してください） 直接支払制度を利用した場合は、この欄の証明は不要です。	令和　○　年　○　月　○　日　（出産者氏名）岡山　花子　は　（出産児数）1　名を 出産・早産・死産・流産（妊娠　　か月）したことを証明します。 令和　○　年　○　月　○　日 証明者　住所　○○市○○町×× 氏名　○○病院　医院長　共済　太朗　（共済印）

☆直接支払制度利用の場合との相違点
請求書中段に医師または助産師の証明が必用
＜添付書類＞
・直接支払制度の利用がないことが明記された明細書

請求者
氏名　岡山　花子

所属所受付印	支部受付印
所属所受付印	

1　※欄は記入しないこと。
2　多児出産の場合は、出生児名を連記し、請求金額を訂正すること。
3　⑭「退職区分」欄は、出産日が現職中か退職後かで記入すること。
4　添付書類　(1)直接支払制度を利用する場合　―直接支払制度利用に関する合意文書
出産年月日・費用の内訳・専用明細書の内容と相違ない旨の記載された明細書
(2)直接支払制度を利用しない場合―直接支払制度を利用していない旨の記載された明細書
産科医療補償制度の適用を受けている場合は、所定の印が押されたもの