

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○で囲ってください。→ 直接支払用

組合員氏名		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	(出産児数) 令和 年 月 日 _____ は _____ 名を 出産・早産・死産・流産 _____ か月)したことを証明します。 〔出産状況に○を付してください〕 令和 年 月 日 住所 _____ 証明者 氏名 _____ (印)								
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 住所 _____ 請求者 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 ㊤「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 ー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ー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		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	○	○	○	○	○	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	○	○	○	○	○	○	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	出産費・家族出産費 488,000円		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		50,000 円		認定前に加入していた医療保険制度名				ください。 月 日)		
（該当しない給付は抹消のこと）	500,000円（産科医療補償）		直接支払制度利用の場合は、共済と医療機関等へ支払う出産費の差額		〔 0 円 〕								
医師又は助産師の証明	令和 出産・ 令和	（出産者氏名） （出産児数）		<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）		ます。						印	
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		住所 ○○市○○町○-○		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					


- ※欄は記入しないこと。
- 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。
- ④「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。
- 添付書類 (1)直接支払制度を利用する場合 ー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ー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		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	○	○	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	出産費・家族出産費 488,000円 500,000円 (産科医療補償制度)		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													
〔該当しない給付は抹消のこと〕	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 ()										
医師又は助産師の証明	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 岡山 花子 (出産者氏名) 〔出産状況に○を付してください〕 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (出産児数) 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) 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。 住所 ○○市○○町×× 証明者 氏名 ○○病院 医院長 共済 太朗											
☆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> ○年○月○日 ・直接支払制度の利用がないことが明記された明細書					所属所受付印				支部受付印							
					所属所受付印 											
請求者																
氏名 岡山 花子																

- ※欄は記入しないこと。
- 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。
- ④「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。
- 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