

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	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	/			
出産児氏名	組合員 との 続 柄	出産年月日		令和	年	月	日				
※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。						
	408,000円 420,000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○を 付してください 〕	令和 年 月 日			(出産者氏名)			(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。	令和 年 月 日			住所			は 名を 出産・早産・死産・流産 (妊娠 月) したことを証明します。				
証明者 氏名			住所			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 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、費用の内訳等が記載された明細書
 (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

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	○	○	○	○	○	○	
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 408,000円		在胎23週以上は産科医療保障制度の対象のため 42万と明細の代理受取額(代理受領額)の差額 ↑42万円以上の場合0円と記入			ください。			月			日		
〔該当しない〕 給付は抹消 のこと	420,000円(産科医療補償)		直接支払制度利用の場合は、共済 医療機関等へ支払う出産費の差額			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 〔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・早産 令和 年 月 日		<p>(出産者氏名) (出産児数)</p> <p>は 名を か月)したことを証明します。</p> <p>＜添付書類＞</p> <ul style="list-style-type: none"> 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) <p>証明者 氏名</p> <p>印</p>											
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									

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 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。
 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、費用の内訳等が記載された明細書
 (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

(35)

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	○	○	○	○	○	○	
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 408,000円		在胎23週以上は産科医療保障制度の対象のため42万と明細の代理受取額(代理受領額)の差額 ↑42万円以上の場合0円と記入											
〔該当しない〕 給付は抹消のこと	420,000円(産科医療補償制度)		50,000円		認定前に入っていた医療保険制度名									
医師又は助産師の証明	(出産者氏名) 岡山 花子 は (出産児数) 1 名を (出産状況に○を付してください) 出産・早産・死産・流産 (妊娠 〇 月) したことを証明します。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 住所 〇〇市〇〇町×× 証明者 氏名 〇〇病院 院長 共済 太郎													
☆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> 〇年 〇月 〇日 ・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											
請求者 氏名 岡山 花子	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> 所属所受付印 </div>													

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 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。
 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、費用の内訳等が記載された明細書
 (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

(35)

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