出　産　費
家族出産費　及び同附加金請求書

所属所文書受付印

共済事務担当者印
㊞

※ 決定金額	出 産 費	同附加金
	円	円

フ リ ガ ナ 組 合 員 氏 名	組合員証記号番号 公 立 鹿	所 属 所 名	所属所コード

年号	出産年月日			出 産 児 数	死 産 児 数	出産者氏名	
	年	月	日			出産児氏名及び続柄	（　　）
4						直接支払制度　利用の有無	有　・　無

被扶養者が出産する場合		組合員が資格喪失後に出産する場合	
資格取得日 （組合員証で確認）	平成　　年　　月　　日	資格喪失日 （退職日の翌日）	平成　　年　　月　　日
資格取得以後６か月以内の出産の場合以前加入の健康保険名・記号・番号	□ 健康保険組合 □ 社会保険事務所 □ 国民健康保険 記号　　番号	現在加入の健康保険名・記号・番号	□ 健康保険組合 □ 社会保険事務所 □ 国民健康保険 記号　　番号

出産費・家族出産費	同 附 加 金	合　　計
円	円	円

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合鹿児島支部長　殿　　〒

平成　　年　　月　　日　　住　所

請求者　氏　名　　㊞

連絡先（電話　　）

上記の記載事項は，事実と相違ないものと認めます。

平成　　年　　月　　日　　〒

所属所所在地

職　　名

所属所長　氏　　名　　印

電話番号（　　）

1　※印欄は記入しないでください。
2　出産証明書欄に医師又は助産師の証明を受けたうえ，提出してください。
3　直接支払制度を利用した場合は①・②の書類を，利用しない場合は①・③の書類を添付してください。
　①　医療機関と合意した文書の写し（要原本証明）
　②　費用の内訳を記した明細書の写し（産科医療補償制度に加入している医療機関等の場合は，「産科医療補償制度加入機関」のスタンプが押されているもの。要原本証明）
　③　医療機関等の領収書の写し（産科医療補償制度に加入している医療機関等の場合は，「産科医療補償制度加入機関」のスタンプが押されているもの。要原本証明）
4　出産費・家族出産費欄は，直接支払制度を利用した場合は法定給付との差額を，利用しない場合は法定給付額を記入してください。

出産証明書	出産者氏名（　　）は，平成　　年　　月　　日に（　　）名を出産，死産，早流産（妊娠　　か月）したことを証明する。 又は（妊娠　　週） （妊娠　　日） 平成　　年　　月　　日　　住所 証明者（医師又は助産師） 氏名　　印

（記入例）

出　産　費
~~家族出産費~~　及び同附加金請求書

所属所文書受付印

共済事務担当者印
㊞

※

決定金額	出 産 費	同附加金
	円	円

フ リ ガ ナ 組 合 員 氏 名	組合員証記号番号 公 立 鹿	所 属 所 名	所属所コード
キョウサイ　ハナコ 共済　花子	7 7 7 7 7 7	鹿児島小学校	9 9 9 9 9 9

年号	出産年月日 年	月	日	出産児数	死産児数	出産者氏名	共済　花子
						出産児氏名及び続柄	共済　次郎　（ 二男 ）
4	× ×	× ×	× ×	1		直接支払制度　利用の有無	有　・　無

被扶養者が出産する場合		組合員が資格喪失後に出産する場合	
資格取得日 （組合員証で確認）	平成　年　月　日	資格喪失日 （退職日の翌日）	平成　年　月　日
資格取得以後６か月以内の出産の場合以前加入の健康保険名・記号・番号	□ 健康保険組合 □ 社会保険事務所 □ 国民健康保険	健康保険名・記号・番号	□ 健康保険組合 □ 社会保険事務所 □ 国民健康保険
	記号　番号		記号　番号

組合員本人が出産する場合，記入しない。

出産費・家族出産費	同 附 加 金	合　計
23,630 円	50,000　円	73,630　円

直接支払制度を利用して差額がある場合
（産科医療補償制度加入の医療機関等で出産）
420,000 円（法定給付額）－396,370 円（出産費用）＝23,630 円

出産費・家族出産費	同 附 加 金	合　計
0 円	50,000　円	50,000　円

直接支払制度を利用して差額がない場合
（産科医療補償制度加入の医療機関等で出産）
420,000 円（法定給付額）－435,000 円（出産費用）＝△13,500 円

出産費・家族出産費	同 附 加 金	合　計
420,000 円	50,000　円	470,000　円

直接支払制度を利用しない場合
（産科医療補償制度加入の医療機関等で出産）
420,000 円（法定給付額）を記入する。
※「直接支払制度　利用の有無」の欄　→　無に○をする。