

出産費

家族出産費

出産費等請求書

(直接支払制度利用しない場合)

決定額	法定給付	円
	附加給付	50,000円
	計	円

組合員証番号 123456		組合員氏名 福利 和歌子		組合員の生年月日 昭和・平成 ○○年4月15日		
資格取得年月日 昭和・平成 ×○年4月1日		家族の出産	出産者氏名		出産者生年月日 昭和 平成 年 月 日	
資格喪失年月日 平成 年 月 日			認定日から6ヶ月以内の出産は、従前加入していた保険について記入ください 1, 国民健康保険 2, 社会保険 3, 共済組合 4, その他 ※資格喪失後の出産費の受給権がある場合、「受給権を放棄した」証明書を添付すること。			
出産日 平成 ○×年 8月 1日			出生児氏名 福利 三郎		続柄 (長男等)	三男
医師又は助産師の証明	平成○×年8月1日 福利 和歌子 は、 <u>正常</u> ・異常・分娩したことを証明します。					
	異常・分娩の状況	流産・死産 妊娠 カ月 胎児85以上 84日以下	その他			
	平成○×年8月8日 証明者 医師・助産婦 住所 和歌山市小松原通○-○ 山 氏名 ○△クリニック 山田太郎 印					
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合和歌山支 平成○×年8月20日 請求者 氏名 福利 和歌子 福 印 TEL ×××-×××-×××× 和歌山市○○						
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8月22日 所属所名 △△小学校 所属所長 校長 共済裕司 小学校 印 職氏名						

(注意) 双子児以上の場合、請求書は人数分提出してください(添付書類は1部で可)。

【添付書類】

- \* 医療機関等において作成した直接支払制度の利用しない合意文書(写)及び費用明細書(写)
- (産科医療補償制度を利用した場合、所定の印のある領収書(写))