

《添付書類》

- 医療機関等から交付される合意文書（写し）
  - 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書（写し）
- 産科医療補償制度の加算対象出産である場合は、そのことを証するスタンプが押印されていること

※ 決裁年月日		平成 年 月 日	※ 決定金額		法定給付 円 附加給付 円 計 円	平成 年 月 日	氏名	㊟	
11 記入例 出 産 費 ・ 附 加 金 請 求 書 4 家 族 出 産 費 ・ 附 加 金									
組合員証 記号番号	1 2 3 4 5 6 7 8 0 0		組合員氏名	共済 花子		所属局(部) 課 名	看護部		
資格取得年月日	昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 平成			資格喪失年月日	平成 年 月 日				
出産者氏名	共済 花子			本人: 1 配偶者: 2	出産児氏名 及び続柄	共済 太郎 続柄 長		男女 男	
出産年月日	平成	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	出産の場所 〇〇病院	
標準報酬	第 級						検印	請求額	本人
	30	31	32	33	34	35			
出産に関する 医師又は助産婦 の証明		平成 年 月 日 （妊娠 箇月）したことを証明する。			は、出産・死産・早流産 平成 年 月 日 直接支払制度を利用している場合は、 証明者 住所名 この証明欄に証明は不要です。 ㊟			出産者の資格取得前 の最終事業所名	
		証明者 住所名						上記事業所の 退職年月日	平成 年 月 日
上記のとおり請求します。									
平成 〇年 〇月 〇日			請求者 住所 大分市〇〇町〇丁目〇番地 氏名 共済 花子 ㊟						

備考 ※印欄は記入しないでください。

任意継続組合員は、標準報酬欄に退職の際の掛金の基礎となった標準報酬の月額のほか、任意継続掛金の標準となった標準報酬の月額を記入してください。