

出産費・家族出産費 請求書

出産費付加金・家族出産費付加金

25 01	13037 13038	01	加入者番号 県コード 学種 学校番号 個人番号	加入者氏名	生年月日 3 昭 年 月 日 4 平
請求金額	出産費 円 家族出産費 円	出産費付加金 円 家族出産費付加金 円	出産児	氏名	*確認
出産者	氏名	生年月日 3 昭 年 月 日 4 平	続柄	*コード 41	出産年月日 43 4 平 年 月 日 5 令
資格喪失者記入欄	郵便番号	給付金受領者の住所 (カタカナ)			
	銀行	金融機関名 (カタカナ)			口座名義人
	信用金庫	店名 (カタカナ)			預金目録 161 1
	信用組合	記号			再発行番号 175 / 176
	農協	*委任未済コード			*請求者氏名
労働金庫	ゆうちょ銀行			口座番号	
資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の		保険者名・記号及び番号			
上記のとおり請求します。	請求者	住所	郵便番号 (-)	TEL	
令和 年 月 日	フリガナ氏名				印
上記の請求は、事実と相違ないものと認めます。	学校法人等	所在地	郵便番号 (-)	TEL	
令和 年 月 日	代表名	名称			印
		代表者			(代表者印又は私学登録印)

「直接支払制度」を利用する場合は、私学事業団への請求手続きは不要です。

きりとり線(プライバシーを保護する場合のみ)

13110 2019.05

医師・助産師の証明	出産年月日	平成 年 月 日	出産者氏名	出産児数	単胎・多胎 (児)
	生産・死産等の別	1 生産	2 死産 (妊娠 か月)	3 流産 (か月)	4 母体保護法に基づく人工妊娠中絶 (妊娠 か月)
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日				
医療機関・所在地			印		
名称					
医師・助産師名					
市区町村の証明	本籍	筆頭者氏名			
	出生届出日	平成 年 月 日	出生年月日	平成 年 月 日	
	出生児氏名	(1)	(2)		
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日				
市区町村長名			印		

1 *印欄は記入しなくても可。
 2 「医師・助産師の証明」又は「市区町村長の証明」のいずれか一つ、証明を受けてください。
 3 プライバシーの保護を考慮する場合、きりとり線から切り離し、「医師・助産師の証明」又は、「市区町村長の証明」と表書きした封筒に入れて請求書に添付してください。