

# 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

1	6	加入者番号				加入者氏名				生年月日															
	13037	0	1	13	27	3	昭	4	平	年	月	日													
25	01	13038	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13													
請求金額	出産費 円				出産費付加金 円				氏名				*確認	*サイン											
													(1)	(2)	53	73									
出産者	氏名				生年月日				続柄	*コード	出産年月日				*出産コード										
													34	41	43	50									
													3	5	令	4									
													年	年	年	日									
													3	4	平	日									
													74	給付金受領者の住所(カタカナ)											
													81												
													106												
													(該当する金融機関を○で囲んでください) 給付金の送金先												
													銀行				金融機関名(カタカナ)				口座名義人				
													131					(フリガナ) (漢字)							
													信用金庫				店名(カタカナ)				預金目録	口座番号			
													146					161	162						
													信用組合				番号				口座名義人				
													169	170	175	176	(フリガナ) (漢字)								
													*委任未済コード				*請求者氏名								
													184	185											
													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								
													マイナポータル登録口座での受け取りを希望するときは右欄にチェックをしてください。												
													* 個人番号												
													請求者				郵便番号( - )				TEL				
													住所				(フリガナ)				氏名				
													令和 年 月 日				日本私立学校振興・共済事業団 理事長 殿								
													学校法人等				郵便番号( - )				TEL				
													所在地				名称				代表者名				
													令和 年 月 日				上記の請求は、事実と相違ないものと認めます。								

----- きりとり線(プライバシーを保護する場合のみ) -----

医師・助産師の証明	出産年月日	令和 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 名称 医師・助産師名					
市区町村長の証明	本籍	筆頭者氏名			
	出生届出日	令和 年 月 日	出生年月日	令和 年 月 日	
	出生児氏名 <sup>(1)</sup>	<sup>(2)</sup>			
	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				

1 \*印欄は記入しないでください。  
2 「医師・助産師の証明」又は「市区町村長の証明」のいずれかがつ、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。