

出産費・家族出産費  
出産費付加金・家族出産費付加金

申請書（受取代理用）

1 13652	6	加入者番号				加入者氏名				生年月日							
		県コード	学種	学校番号	個人番号					27	3	昭					
25 01	13662	13								4	平						
出産予定者氏名				生年月日				続柄	※コード	出産予定年月日				※児数	※確認		
				34 3 4 昭 平					41	43	5 令				50	51	
委任先医療機関等欄	郵便番号				医療機関住所												
	フリガナ																
	漢字				59												
	フリガナ																
	漢字				105												
医療機関名称								電話番号									
フリガナ				市外局番				局番		番号							
漢字				150				199									
※個人番号																	
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）												
	27				34												
					59												
	↓（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 信用金庫 信用組合 農協 労働金庫				金融機関名（カタカナ）						口座名義人						
				84						(フリガナ) (漢字)							
ゆうちょ銀行				*送金コード				口座記号		再発行コード		口座番号				口座名義人	
122				1				123		129						(フリガナ) (漢字)	
※委任未済コード																	
※委任者氏名																	
137																	
申請日 令和 年 月 日				申請者		住所 郵便番号( ) TEL フリガナ 加入者氏名											
日本私立学校振興・ 共済事業団 理事長 殿																	

申請者が必ず記入してください。

資格喪失者の場合のみ記入してください。

※の欄は、記入不要です。

裏面を参照してください。

医療機関の方が記入してください。

加入者である甲は医療機関である乙を代理人と定め、次の権限を委任します。また、甲は、出産費又は家族出産費の医療機関等への直接支払制度は利用しません。

甲が請求する出産費・出産費付加金又は家族出産費・家族出産費付加金のうち、乙が甲に対して、出産に関し請求する\*費用の額の受領に関すること。

出産予定日 令和 年 月 日  
出産予定児数 単胎・多胎( 児)

令和 年 月 日

(令和5年4月1日以降に出産の場合)

\*費用の額の上限について

①加入者及び被扶養者が出産したとき  
53.8万円(付加給付5万円を含む)

②加入者資格喪失後6か月以内の出産の場合  
48.8万円

③多胎児出産の場合は①②の額に胎児数を乗じた額

④産科医療補償制度の対象分娩である場合  
①又は②の額+1.2万円

多胎児出産は(①又は②の額+1.2万円)×胎児数

甲(加入者)(住所)

(氏名)

乙(代理人)(所在地)

(医療機関名)

(電話番号)