

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	加入者等記号・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	枝番				27	3	昭		
25 01	13662	13				0	0				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	昭		41				50	51
			4	平				5			令	

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		159			199							

※個人番号

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

資格喪失者記入欄	銀行		金融機関名（カタカナ）					口座名義人				
	信用金庫		84					(フリガナ)				
	信用組合		店名（カタカナ）					預金種別				
	農協		99					114				
労働金庫							115					
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)			

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。

※委任未済コード		※委任者氏名									
137		138									

申請日 令和 年 月 日	住所 郵便番号() TEL
日本私立学校振興・ 共済事業団 理事長 殿	申請者 フリガナ 加入者氏名

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

*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)

医療機関の方が記入をしてください。

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。