

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。

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）											
13652		6		加入者等記号・番号										加入者氏名					生年月日												
13662		01		県コード		学種		学校番号				個人番号				枝番		273昭													
01		13		01		A		1000				10000				00		④平020418													
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					
渡 辺 花 子										343昭 ④平					020418		本人		41		43⑤令〇〇					0118		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					ニイガタケン ムラカミシ イワフネ ミナトマチ1-1-1																								
		漢 字					59新潟県 村上市 岩船 港町1-1-1																								
		フリガナ																													
		漢字																													
医療機関名称										電話番号																					
フリガナ					シガクミナトビョウイン										市外局番					局 番		番 号									
漢字					私学港病院										1990254					56		0001									
※ 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)																
					店 名（カタカナ）										預金 種別					口座番号											
					99										1141					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						
					1221					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 令和〇〇年12月 1日 日本私立学校振興・ 共済事業団 理事長 殿					申 請 者					郵便番号(100 - 2211) TEL 03-0000-0000 住 所 東京都文京区湯島0-0-0 フリガナ ヲタ ナベ ハナ コ 加入者氏名 渡 辺 花 子																					

医療機関の方が記入をしてください。

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 令和〇〇年 1 月 18 日 出産予定児数 ①単胎②多胎(児) 令和 〇 〇 年 1 2 月 1 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） 東京都文京区湯島0-0-0 （氏 名） 渡 辺 花 子 乙（代理人）（所 在 地） 新潟県村上市岩船港町 1-1-1 （医療機関名） 私学港病院 （電 話 番 号） 0254-56-0001	

この申請書は、加入者又はその被扶養者である家族が出産したときに給付される「出産費・家族出産費・出産費付加金・家族出産費付加金（以下「出産費等」という）」について、病院、診療所又は助産所（以下「医療機関等」という）を受取代理人に指定するために使用するものです。

対象者は、次のとおりです。

- ① 加入者又はその被扶養者が2か月以内に出産予定であるとき。
- ② 加入者であった者（加入期間が引き続き1年以上あった者に限る）が退職後6か月以内に出産する予定又は任意継続加入者であった者が資格喪失後6か月以内に出産する予定で、かつ2か月以内に出産予定であるとき。

ただし、出産日が退職後（資格喪失後）6か月以内でなくなった場合は、出産費は支給されません。（私学共済へ申請の取下げをしてから、出産日に加入している健康保険制度へ申請してください。）

提出上の注意

- ① この申請書は、申請者が直接私学事業団へ提出してください。
- ② 資格喪失後の出産費を請求する場合は、出産日現在被扶養者として加入している健康保険や共済組合に家族出産育児一時金（又は家族出産費）の請求はできません。
- ③ 出産に要した費用が給付額の上限に満たなかったときは、その差額を自動決定し送金しますので手続きは不要です。（加入者…所属学校、任意継続加入者…任意継続加入者登録口座、資格喪失者…資格喪失者記入欄に記載された口座に送金します。）

医療機関等の担当者の方へ

出産費等を貴機関が受取代理人として同意される場合に、申請書中の「出産予定日」「出産予定児数」「乙（代理人）」欄にご記入ください。

この申請書を私学事業団が受理した後、貴機関宛に受取代理用の出産費等請求書（私学事業団指定用紙）をお送りします。（給付金の送金口座については、その請求書に記入していただくことになりますのでご了承ください。）