

【B 提出書類確認表】

様式「出産費・家族出産費 直接支払制度利用者用 附加金請求書」

請求書類に必要事項を記入し、本紙をあわせて「日本郵政共済組合 共済センター 給付担当」あてに送付願います。

組合員番号 _____

組合員氏名 _____

必ずチェック欄に☑をしてご提出ください。

No	提出書類名	チェック欄	確認事項等
1	出産費・家族出産費 直接支払制度利用者用 附加金請求書	<input type="checkbox"/>	記載例のとおり記載されている。

《出産者が共済組合の資格認定後、6か月以内の出産の場合は下記書類を添付してください》

No	提出書類名	チェック欄	確認事項等
2	医療機関等から交付される直接支払制度に係る代理契約に関する文書(合意文書)(写し)	<input type="checkbox"/>	①直接支払制度の利用に合意している旨が記載されている。 ②被保険者名が、組合員本人の氏名である。 ③保険者名が、「日本郵政共済組合」である。 ④記入日が、出産者の資格認定日以降の日付である。

《死産の場合は上記書類とあわせて下記書類をご提出願います》

No	提出書類名	チェック欄	確認事項等
3	埋火葬許可証(写し)	<input type="checkbox"/>	出産者氏名、分娩年月日、妊娠週数等が記載されている。

なお、場合によっては上記以外の添付書類が必要になることもありますのでご了承ください。

注) 医療機関等から交付される明細書の「代理受取額」が、法定給付額(※)より下回っている場合、差額の支給があります。ご請求には、別途請求書C「出産費・家族出産費請求書(直接支払制度 差額請求用)」のご提出が必要となります。

※【法定給付額(1児につき)】

産科医療補償制度に加入の医療機関等で制度対象の分娩	令和5年3月31日までの分娩	420,000円
	令和5年4月1日以降の分娩	500,000円
産科医療補償制度に未加入の医療機関等または制度対象外の分娩	令和3年12月31日までの分娩	404,000円
	令和4年1月1日以降令和5年3月31日までの分娩	408,000円
	令和5年4月1日以降の分娩	488,000円

(日本郵政共済組合)

共済組合処理欄		
共済組合処理欄	出産育児一時金	年 月 日 送金 (基金)

出産費・家族出産費 直接支払制度利用者用 附加金請求書

組合員証番号		組合員氏名(自署)		組合員の生年月日	
		(フリガナ)		(和暦)	
				年 月 日生	
住所	(〒 -)				
連絡先Tel	(勤務先)				所属(局・部・支店・課)
	(自宅)				
	(携帯)				
以下のとおり請求します。			請求日	(和暦) 年 月 日	
請求内容記入欄					
出産者氏名	(フリガナ)		出産者の生年月日	(和暦) 年 月 日生	
出産年月日	(和暦) 年 月 日				
出産児数	人	死産児数	人	組合員からみた 出産児の続柄	子・孫・その他()
請求額	円 (1児につき40,000円)				
添付書類【資格認定後、6か月以内の出産の場合のみ】 <input type="checkbox"/> 医療機関等から交付される代理契約に関する文書(合意文書)(写し)					

注1 妊娠4か月(85日)以上の出産、死産、人工妊娠中絶が出産費・家族出産費 附加金の支給対象です。

注2 附加金の給付は出産費の支払後となります。

医療機関等からの請求に対して共済組合の支払終了後に送金となりますので、送金スケジュールどおりには送金されません。送金の目安は概ね出産月の4~5か月後となります。

送金先	共済組合に登録されている組合員ご本人のゆうちょ銀行口座(給与口座)へ送金
決定通知書等送付先	共済組合に登録されている組合員ご本人の自宅住所(居住地住所)へ郵送

共済組合 処理欄	受付	審査	1	2	1	2	決定額	円
					入力			

共済組合加処理欄

給付事由が生じた日の翌日から起算して2年間請求を行わないときは、給付を受ける権利は時効となります。

出産費・家族出産費 直接支払制度利用者用 附加金請求書

組合員証番号								組合員氏名(自署)				の生年月日					
0	1	2	3	4	5	6	7	(フリガナ) キョウ サイ タロウ				(和暦) 平成〇年11月22日生					
住所								(〒141-〇〇〇〇)				東京都品川区東五反田〇-〇					
連絡先Tel								(勤務先) 048-〇〇〇-〇〇〇〇				所属(局・部・支店・課)					
								(自宅) 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇				〇〇郵便局 〇〇課					
								(携帯) 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇									
以下のとおり請求します。								請求日				(和暦) 令和〇年4月19日					
請求内容記入欄																	
出産者氏名								(フリガナ) キョウ サイ ハナコ				出産者の生年月日					
								共済花子				(和暦) 平成〇年10月10日生					
出産年月日								(和暦) 令和〇年3月10日									
出産児数								1人		死産児数		人		組合員からみた出産児の続柄			
												子・孫・その他()					
請求額								40,000 円 (1児につき40,000円)									
添付書類【資格認定後、6か月以内の出産の場合のみ】																	
<input checked="" type="checkbox"/> 医療機関等から交付される代理契約に関する文書(合意文書)(写し)																	

自署にてご記入ください。

所属会社の人事システムに登録されている「居住地住所」と相違している場合は、お電話にて確認させていただきます。

注1 妊娠4か月(85日)以上の出産、死産、人工妊娠中絶が出産費・家族出産費 附加金の支給対象です。

注2 附加金の給付は出産費の支払後となります。

医療機関等からの請求に対して共済組合の支払終了後に送金となりますので、送金スケジュールどおりには送金されません。送金の目安は概ね出産月の4~5か月後となります。

送金先	共済組合に登録されている組合員ご本人のゆうちょ銀行口座(給与口座)へ送金
決定通知書等送付先	共済組合に登録されている組合員ご本人の自宅住所(居住地住所)へ郵送

共済組合	処理欄	受付	審査	1	2	入力	1	2	決定額	円
------	-----	----	----	---	---	----	---	---	-----	---