

出産費
請求書
家族出産費

	法定給付額	※	円
	附加給付額	※	円
	支給決定額	※	円
組合員証 記号番号	保険証の番号 0000000000	組合員氏名 琉球 花子	所属局(部) 課名 病院
資格取得 年月日	令和 5 年 4 月 1 日	資格喪失 年月日	
出産者氏名	琉球 花子 ※被扶養者である配偶者の場合はその氏名	出産児氏名 及び続柄	琉球 大一 続柄 子
出産年月日	令和 5 年 7 月 30 日	出産の場所	医療機関 琉大こども病院
法定請求額	円		
附加請求額	円		
請求額	円		
出産に関する医師又は助産師の証明	令和 ○年 ○月 ○日 (妊娠 10 箇月) したことを証明する。 令和 ○年 ○月 ○日 住所 ○○県○○群○○市○○-○-○ 証明者 琉球 花子 は出産、死産、早流産 氏名 琉大こども病院 産婦人科 ○○○ ○○○ 男 ※ 直接支払制度を利用せず、全額自己負担した場合は 必要病院に記入依頼 ※ 直接支払制度を利用した場合は、不要 どちらも出産(分娩)費用明細書と、合意文書のコピーを添えてください。 ㊞		
上記のとおり請求します。 文部科学省共済組合琉球大学支部長 殿 令和 5 年 8 月 10 日 住所 請求者 西原町字千原2番地 ○○アパート111号 氏名 琉球 花子			

※印欄は記入しないで下さい。

振込先口座(職員名義の国内口座を記入) 公金受取口座希望 (する / しない)

※公金受取口座への振込みを希望する場合は、公金受取口座希望の「する」を選択し、振込先は記入不要です。

※口座のわかる部分の(通帳またはキャッシュカード)写しを添えてください。

銀行	支店	普通 当座	口座番号	フリガナ 名義人
----	----	----------	------	-------------

※給与口座にて、支払いを希望される方は、記入無しでかまいません。別の口座に希望の方のみ記入して下さい。

このとおりに支払ってよろしいか伺います。

出納役	出納主任	課長代理	係長	係員