別紙様式第25号

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | 組合員氏名 |  | | | 所属局（部）  課 名 |  |
| 資 格 取 得  年 月 日 | 令和 　　　年 　　　月 　　　日 | | | 資 格 喪 失  年 月 日 | |  | |
| 出産者氏名 |  | | | 出産児氏名  及 び 続 柄 | | 続柄 | |
| 出産年月日 | 令和 　　年 　　月 　　日 | | | 出産の場所 | | 医療機関 | |
| 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 箇月）したことを証明する。  令和 年 月 日  証 明 者 | | | | 住 所  氏 名 | は出産、死産、早流産  　　　　　　　　　㊞ | |
| 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 年　　月　　日  請 求 者 | | | | | 住 所  氏 名 |  | |

※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。

普通 フリガナ

銀行 支店 口座番号 名義人当座