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