

(様式 25 号)

支出 言				※ If you do not use the direct payment system or proxy				4 小切手番号	
支部長		理事		部長		グ			
5		6		7		8		9 10	
年		月		日		Leave this block blank			
※決裁年月日		令和 年 月 日		※決 定 額		法定給付 附加給付 計		円 円 氏名 印	
データ区分 ※		11 12 13 14		4 5		Maternity Benefit/Supplementary Benefit 出 産 費 ・ 附 加 金		Claim 請 求 書	
Family Maternity Benefit/Supplementary Benefit 家 族 出 産 費 ・ 附 加 金		Membership Card number		1234567800		Member's Name		広 大 太 郎	
Affiliation		人事部人事グループ		Date of obtaining eligibility		昭和 平成 令和		20 年 4 月 1 日	
Date of Loss of Eligibility		令和 年 月 日		Name of the person who gave birth		Enter the date of hire.		Member: 1 23 Family: 2 2	
Name of the newborn Relationship		広 大 一 郎 続柄 長 (男 女)		Date of delivery		24 25 26 27 28 29		Medical institution of delivery	
〇〇〇産婦人科		令和 02 年 04 月 25 日		Have the physician or midwife to enter the verification of childbirth.		Enter the number next to the appropriate answer.		Leave this block blank	
Physician's/midwife's		令和 2 年 4 月 25 日 広 大 花 子 は (出産、死産、早流産 (妊娠 簡月)したことを証明します。		Verification of Childbirth		住所 広島市南区霞1-2-3		Seal 印	
証明者 氏名		〇〇〇産婦人科 文部 共子		出産者の資格取得前の最終事業所名		上記事業所の退職年月日		Your signature	
I hereby claim payment of benefits as above. 上記のとおり請求します。		To the Branch Manager, MEXT Mutual Aid Association, Hiroshima University 文部科学省共済組合広島大学支部長 殿		Address		東広島市鏡山1-3-2		Member's Name	
Year Month Day		令和 2 年 5 月 7 日		Name		広 大 太 郎			

Leave the fields marked with "※" blank.

- If you are a voluntarily continuing insurance member, used as a basis for the calculation of the premiums at your retirement, and under the "Standard Remuneration" field, enter the amount of the standard monthly remuneration
- the amount of the standard monthly remuneration used as a basis for the calculation of the premiums for voluntarily continuing insurance.

部局受付年月日	受付者