

支出計										小切手番号	
※ 直接支払制度・受取代理制度を利用しない場合											
記入は不要です。										年 月 日	
法定給付 附加給付 計										円	
氏名										印	
出産費・附加金 家族出産費・附加金										請求書	
組合員証番号 1234567800										組合員氏名 広 大 太 郎	
採用年月日を記入してください。										所属部(室)グループ名 ○○グループ	
資格取得年月日 20 年 4 月 1 日										該当する番号を記入してください。	
出産者氏名 広 大 花 子										本人: 1 23 出産児氏名 広 大 二 郎	
										家族: 2 2 及び続柄 続柄長 (男)	
出産年月日 令和 0 1 年 0 5 月 2 5 日										出産の場所 ○○○産婦人科	
第 級 検印										出 産 費 円	
出産に関する医師又は助産師に記入・証明してもらってください。										家 族 出 産 費 円	
標準報酬月額 円										同 上 附 加 金 円	
請求額 円										計 円	
出産に関する医師又は助産師の証明										出産者の資格取得前の最終事業所名	
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 広 大 花 子 は、出産、死産、早流産(妊娠 箇月)したことを証明します。										上記事業所の退職年月日 令和 年 月 日	
住所 広島市南区霞1-2-3											
証明者 氏名 ○○○産婦人科 文部 共子										印	
上記のとおり請求します。										自著してください。	
文部科学省共済組合広島大学支部長 殿										住所 広島市鏡山1-3-2	
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日										請求者 氏名 広 大 太 郎	

※印欄は記入しないでください。
任意継続組合員は、標準報酬に退職の際の掛金の基礎となった標準報酬の月額のほか、任意継続掛金の標準となった標準報酬の月額を記入してください。

部局受付年月日	受付者