

支出										小切手番号	
* If you have agreed to use the direct payment system, and claim for the remaining amount of maternity benefit or supplementary benefit. *											
支部長			理事			部長			年 月 日		
※決裁年月日			令和 年 月 日			※決定額			氏名		
			法定給付 附加給付			円			印		
データ区分			※			Maternity Benefit/Supplementary Benefit 出産費・附加金			Circle one that applies.		
11			12			13			14		
4			5			Family Maternity Benefit/Supplementary Benefit 家族出産費・附加金			Claim 請求書		
Membership Card number			1234567800			Member's Name			広 大 太 郎		
Date of obtaining eligibility			昭和 平成 令和			20 年 4 月 1 日			Date of Loss of Eligibility		
Name of the person who gave birth			Enter the date of hire.			Member: 1 23 Family: 2 2			Name of the newborn Relationship to the member		
Date of delivery			令和 02 年 04 月 25 日			Medical institution of delivery			〇〇〇産婦人科		
標準報酬			第 級			検印			円 家 家族出産費		
30 31 32 33 34 35 36			Enter the number next to the appropriate answer.			円 族 円 円			Leave this block blank.		
出産に関する			令和 年 月 日			は、出産、死産、早流産			出産者の資格取得前の最終		
医師又は助産婦			令和 年 月 日			Leave this block blank.			事業所名		
の証明			証明者			住所			上記事業所の退職年月日		
			氏名			印			Your signature		
I hereby claim payment of benefits as above.									Address		
上記のとおり請求します。									東広島市鏡山1-3-2		
To the Branch Manager, MEXT Mutual Aid Association, Hiroshima University									Member's		
文部科学省共済組合広島大学支部長 殿									Name		
Year Month Day									広 大 太 郎		
令和 0 年 5 月 7 日											

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