

## 記入例

当該給付の対象となる期間を記入する。期間が2か月以上に及ぶ場合は、その各月ごとに区分する

該当する事項を丸で囲む

出産費  
家族出産費

請求書

法定給付額 ※

附加給付額 記入不要

支給決定額 ※

資格喪失以後の請求の場合には、退職時のものを記入

401-XXXXXXX	組合員氏名	防衛 花子	所属部局課 (部隊名) 連絡先電話番号	〇〇課 XXX-XXXX-XXXX (内線 XXXXX)
資格取得年月日	〇年 〇月 〇日	資格喪失年月日		
出産者氏名	防衛 花子			
出産年月日	〇年 〇月 〇日	出産の場所	医療機関	
法定請求額	〇〇〇,〇〇〇 円			
附加請求額	〇〇,〇〇〇			
請求額	〇〇〇,〇〇〇			

日中連絡のつく電話番号又は内線番号を記入

資格喪失以後の請求の場合にのみその年月日を記入

医療機関で出産等した場合には「医療機関」と記入

出産に関する医師又は助産師の証明欄	年 月 日 (妊娠 箇月) したことを証明する。 年 月 日 証 明 者 住 所 氏 名 請求します。 組合 市ヶ谷センター所属所長 殿 月 日 記入不要	は出産、死産、早流産
-------------------	---	------------

「出産に関する医師又は助産師の証明」欄は、戸籍謄(抄)本、母子手帳の写し(出生届出済証明の部分)、死胎埋火葬許可証等の添付があれば記入不要。ただし、これらの証を添付できない特別の理由がある場合は、医師等の証明が必要。

でください。

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を希望する場合は、公金受取口座の「する」を選択し、振込先は記入不要です。

銀行 普通 支店 当座 口座番号 フリガナ 名義人

振込先を選択する。公金受取口座ではなく指定の口座で受取を希望する場合は、下部に振込先を記入して振込先の分かるもの(通帳のコピー等)を添付する。