

## 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

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	※
401-XXXXXX	組合員氏名	防衛 花子	所属部局課 (部隊名)	○○課 XXX-XXXX-XXXX (内線 XXXXX)	
資格取得年月日	○年 ○月 ○日	資格喪失年月日			
出産者氏名	防衛 花子				日中連絡のつく電話番号又は内線番号を記入
出産年月日	○年 ○月 ○日	出産の場所	医療機関		
法定請求額	○○○,○○○	円	資格喪失以後の請求の場合にのみその年月日を記入		
附加請求額	○○,○○○				医療機関で出産等した場合には「医療機関」と記入
請求額	○○○,○○○				
年 月 日 (妊娠 箇月) は出産、死産、早流産 年 月 日 医師又は助産師 記入欄 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					
〒XXX-XXXX 住 所 東京都○○区○○○ 請求者 氏名 防衛 花子					

出産に関する医師又は助産師の証明欄は、戸籍謄本(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、これらの中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。