

出 産 費
家族出産費 請 求 書

法定給付額	※	円
附加給付額	※	円
支給決定額	※	円

組 合 員 証 記 号 番 号		組 合 員 氏 名		所 属 局 (部) 課 名	
資 格 取 得 年 月 日			資 格 喪 失 年 月 日		
出 産 者 氏 名					
出 産 年 月 日			出 産 の 場 所		
法 定 請 求 額	円				
附 加 請 求 額	円				
請 求 額	円				
出産に関する医師又は助産師の証明	<p style="text-align: center;">年 月 日 は出産、死産、早流産 (妊娠 箇月) したことを証明する。 年 月 日 証 明 者 住 所 氏 名</p>				
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">防衛省共済組合 支部長 殿 年 月 日 請 求 者 住 所 氏 名</p>					

※欄は記入しないでください。

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。

	普通	フリガナ	
銀行	支店 当座 口座番号	名義人	

記入例（代理人手続き）

出 産 費 家族出産費				請 求 書	
				法定給付額	円
				附加給付額	円
				支給決定額	円
組 合 員 証 記 号 番 号	〇〇〇—1234567	組 合 員 氏 名	共 濟 太 郎	所 属 局 (部) 課 名	護 衛 艦 〇〇〇〇
資 格 取 得 年 月 日	〇〇年 〇〇月 〇〇日	資 格 喪 失 年 月 日			
出 産 者 氏 名	共 濟 花 子				
出 産 年 月 日	令 和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	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	〇〇,〇〇〇円				
請 求 額	〇〇〇,〇〇〇円				
出 産 に 関 する 医 師 又 は 助 産 師 の 証 明	年 月 日 (妊 娠 簡 日) したことを証明する 年 月 日 記		は 出 産 、 死 産 、 早 流 産 記 入 し な い 氏 名		
上記のとおり請求します。 防衛省共済組合 支部長 殿 〇〇年 〇〇月 〇〇日 請 求 者 住 所 〇〇県〇〇市〇町〇丁目〇番〇—〇〇〇 氏 名 共 濟 太 郎 代 理 人 氏 名 共 濟 花 子 (印)					

- ・ の箇所を記入してください。
- ・ 本請求書の記入に際し、ご不明な点がございましたら、組合員（隊員）が所属する防衛省共済組合支部までお問合せください。

※欄は記入しないでください。

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。

〇〇 銀行 △△ 支店 普通 当座 口座番号 1234567 フリガナ キョウサイ ハナコ 名義人 共 濟 花 子