銀行名（銀行コード）	支店名（支店コード）	種目	口座番号	口座名義	
（　　）	（　　）	普		（フリガナ）	に振込みください

支出計算書

伝票番号	1	2	3	4	小切手番号	

（様式第25号）

支部長	局長	部長	課長	課長補佐	係長	係員

左記金額領収いたしました。

令和 5 6 年 7 8 月 9 10 日

氏名　　㊞

※ 決裁年月日	令和　年　月　日	※ 決定金額	法定給付　円 附加給付　円 計　円

データ区分※			
11	12	13	14
4	5		

出産費・附加金
家族出産費・附加金

請求書

組合員証記号番号	15 ～ 22	組合員氏名		所属局（部）課名	
資格取得年月日	平成 令和　年　月　日	資格喪失年月日	令和　年　月　日		
出産者氏名		本人：1 家族：2	23	出産児氏名及び続柄	続柄　男 女
出産年月日	令和 24 25 年 26 27 月 28 29 日	出産の場所			

標準報酬	第　級 30 31 32 33 34 35 36 円	検印	請求額	本人	出産費　円 同上附加金　円 計　円	家族	家族出産費　円 同上附加金　円 計　円

出産に関する医師又は助産師の証明	令和　年　月　日　は、出産・死産・早流産（妊娠　箇月）したことを証明する。 令和　年　月　日 証明者　住所 氏名　㊞	出産者の資格取得前の最終事業所名	
		上記事業所の退職年月日	

上記のとおり請求します。

令和　年　月　日

文部科学省共済組合東京科学大学支部長　殿

請求者　住所
氏名

備考　※印欄は記入しないでください。