

出産祝金 兼 出産手当金請求書

沖縄県教職員互助会 理事長 殿
一般社団法人 沖縄県教職員共済会 理事長 殿

沖縄県教職員互助会給付規程に基づき出産祝金を請求します。
一般社団法人沖縄県教職員共済会給付規程に基づき出産手当金を請求します。

お願い 訂正の場合は、必ず本人の印でお願いします。（修正液等是不使用しないで下さい。）

会 員 記 入 欄	会 員 番 号	フリガナ		
		氏 名	印	
	勤 務 先 番 号	勤 務 先		
	振 込 先 (本人名義に限る) (点線を で囲って下さい)	銀行 労金	支店	普通預金 口座番号
	住 所	〒 -	電話番号	
	出産児氏名	フリガナ	性 別	出 産 年 月 日 20 年 月 日
出産者が会員の場合の証明欄 医師又は助産婦の証明 (添付書類があればこの欄は不要)		は 20 年 月 日 出産 (妊娠 週) したことを証明します。 死産 流産 20 年 月 日 証明者 住 所 医療機関名 氏 名 印		

決 裁			支 部 受 付	
常 務 理 事	部 長	係	事 務 局 長	受 付 照 査

支 部 記 入 欄	
互	年 月加入 000 円
沖	年 月加入 000 円

支 部 受 付

添付書類：戸籍抄（謄）本又は、住民票抄（謄）本、親子(母子)健康手帳(出生届出済証明のページ)のいずれか。(コピー可)
配偶者が出産の場合、会員との関係が明記されたもの。
日付はすべて西暦でご記入下さい。