

出 産 祝 金 請 求 書

会員氏名		共済組合員 等記号番号	公立高知						
出 産 児 氏名続柄	氏名  続柄 ( )	所 属 所 住 所	〒						
出 産 の 場 所		所属所名							
出 産 年 月 日	令和 年 月 日	請求金額	円						
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>一般財団法人高知県教職員互助会理事長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所 〒</p> <p>請求者</p> <p>氏 名</p> <p>TEL — —</p>									
支 給 金 額	※	円	共済出産費・家族出産 費請求書照合済	※ 共済担当者サイン又は印					

上記のとおり請求がありましたので提出します。

令和 年 月 日

職 名

所属所長

氏 名

**注意事項**

- (1) ※は記入しないでください。
- (2) 共済組合の出産（家族出産）費請求書と同時に提出してください。なお、医師の証明等は不要です。ただし家族出産の場合、妻の出産のみ該当します。
- (3) 互助会の給付のみに該当する場合（会員の妻が共済組合員の被扶養者でない場合）は、出産児の戸籍を添付（写し可※全ページをコピー）してください。
- (4) 請求金額は出産児1名につき20,000円です。双生児以上の場合は、人数×20,000円の金額を記入してください。
- (5) 会員資格を取得した日以降に給付事由が発生した場合に給付対象となりますので、採用前や知事部局、国、市町村等に出向されている間に給付事由が発生した場合は給付対象となりません。