

出産祝金請求書

会員氏名		所 属 所 住 所	<input type="text"/>	送金指定銀行名
出 産 児 氏 名 続 柄		所 属 所 名		
出 産 の 場 所		共 済 組 合 員 証 番 号	公立高知第 号	四 国 銀 行 請 求 者 名 義
出 産 年 月 日	年 月 日	請 求 金 額		
<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>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>請求者</p> <p>氏 名 ⑩</p>				支 店
原 票 及 び 給 料 表 照 合 済 印	※	共 済 出 産 手 当 金 請 求 書 照 合 済 印	※	口 座 番 号 №
決 定 金 額	※	円		

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年 月 日

職 名

所属所長

氏 名

職印

注 意 事 項

- (1) 生児出産の場合に請求できます。
- (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) ※は記入しないでください。
- (4) 互助会のみ給付の該当者については、出産児の戸籍抄本を添付してください。
- (5) 支店名、口座番号は、会員以外の者が請求する場合のみ記入してください。