

会 員
配 偶 者

出産祝金請求書

沖縄県教職員互助会 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。

請求金額

千

円

会 員 記 入 欄	会員番号	フリガナ	氏名	印	(支部記入欄) 加入年月 年 月
	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 券金	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 男・女	出 産 年 月 日 年 月 日	

出産者が会員の場合の証明欄	_____ は _____ 年 月 日
医師又は助産婦の証明	出産したことを証明します。
(添付書類があればこの欄は不要)	証明者 住 所 _____ 年 月 日 医療機関名 _____ 氏 名 _____ 印

上記のことについて相違ないことを証明します。

20 年 月 日

所属団体 _____ 公印

所属所長 _____

上記のことについて副申します。

年 月 日

一般社団法人沖縄県教職員共済会 理事長 _____ 公印

決 裁 年 月 日	支部受付	支 部 受 付			
専務理事	事務局長		事務局次長	係	受付照査
					沖教済加入 有・無

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

添付書類：戸籍抄(謄)本又は、住民票抄(謄)本、母子手帳の写しのいずれか。
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。