

会 員
配 偶 者

出産手当金請求書

一般社団法人 沖縄県教職員共済会 理事長 殿

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。

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 20 年 月 日

出産者が会員の場合の証明欄	は 20 年 月 日
医師又は助産婦の証明 (添付書類があればこの欄は不要)	出産 死産 (妊娠 週) したことを証明します。 流産 20 年 月 日 証明者 住 所 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

所 属 長

公 印

上記のことについて副申します。

年 月 日

支 部 長

決 裁	年 月 日	支 部 受 付	支 部 受 付	
理事長	専務理事	常務理事		事務局長
互助会加入			有・無	
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、住民票抄(謄)本、母子手帳のいずれか。(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。