

様式第7号

配偶者出産見舞金請求書(被扶養者に認定されていない配偶者用)

請求金額	円	決定額	※	円
所属所名		所属所コード		
会員氏名		会員番号		
出産者氏名		出産児氏名		
出産年月日	年 月 日	出産の場所		
医師又は助産師の証明	<p>年 月 日 は 出産・死産・早流産 (妊娠 月)したことを証明する。(出生児数:単胎・多胎(児)) 年 月 日 医療機関名 証明者 住 所 氏 名 ⑩</p>			
<p>上記のとおり請求します。 秋田県教育関係職員互助会理事長 様 年 月 日 住 所 請求者 フリガナ 氏 名 ⑩</p>				
<p>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 〒 (電話番号) 所属所所在地 所属所名 所属所長職氏名 ⑩</p>				

会員の扶養認定されていない配偶者(会員は除く)が出産したときは、配偶者の健康保険証の写しを添付すること。