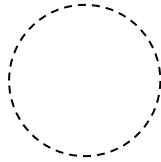


様式第 5 号



所属所受付印

※ 原 票 照合済	
-----------------	--

出産費・家族出産費  
出産費附加金・家族出産費附加金  
出産見舞金・配偶者出産見舞金

請 求 書

※ 決 定 額	出産費 家族出産費	_____ 円
	出産費附加金 家族出産費附加金	_____ 円
	出産見舞金 配偶者出産見舞金	_____ 円

所属所コード		所属所名	
組合員証 記号番号	公立秋	組合員氏名	
資格取得年月日	____年 ____月 ____日	資格喪失年月日	____年 ____月 ____日
出産者氏名	本人 被扶養者	出産児氏名	
出産年月日	令和 ____年 ____月 ____日	出産の場所	
医師又は 助産師の証明	令和 ____年 ____月 ____日 は出産・死産・早流産 (妊娠 ____か月) したことを証明する。 令和 ____年 ____月 ____日 住 所 証明者 氏 名 <span style="float:right">印</span>		
出産費・家族出産費		請求金額	_____ 円
出産費附加金・家族出産費附加金		請求金額	_____ 円
出産見舞金・配偶者出産見舞金		請求金額	_____ 円
どちらかにチェック→ <input type="checkbox"/> 公金受取口座を <input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない ※ 互助会の出産見舞金は公金受取口座ではなく、指定振込口座へ振り込まれます。			
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合秋田支部長 秋田県教育関係職員互助会理事長 様 令和 ____年 ____月 ____日 住 所 請求者 フリガナ 氏 名		夫婦とも互助会員のみ記入 配偶者氏名 _____ 職員番号 _____ 所属所名 _____ 所属所コード _____	
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 ____年 ____月 ____日 〒 _____ (電話番号) _____ 所属所所在地 所属所名 所属所長職氏名 <span style="float:right">印</span>			

- ※印欄は記入しないでください。
- 互助会の給付もこの様式で請求してください。
- 請求者氏名は必ずフリガナを付してください。