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	年　月　日　は　出産・死産・早流産 （妊娠　か月）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　㊞		

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

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　　職印

1　夫婦ともに会員の場合は請求不要です。

2　本請求に添付書類は不要ですが、所属所にて上記記載事項に誤りがないことを必ず確認のうえ、ご請求ください。