

専務理事	常務理事	事務局長	部長	係長	係	査定額 ¥	給付番号

出 産 補 助 金 請 求 書

出 産 者	氏 名	出 産 日	年 月 日
	1 請求者本人 2 請求者の配偶者 3 被扶養者 (いずれかを○で囲む)		

出 産 児 氏 名 及 び 続 柄 _____ 続 柄 (_____)

※ 両方互助組合員の場合は、必ず記入してください。

→	出産補助金を請求しない組合員の所属名・氏名	所属番号							所属名	
		職員番号							氏 名	

上記のとおり、一般財団法人鹿児島県教職員互助組合給付規程第3条の10の規定による
出産補助金を請求します。

年 月 日

所属番号							所 属 名
職員番号							組 合 員 氏 名 ㊟
							住 所 〒 (_____)

一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿

<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>所 属 長 名 _____ 職 印</p> <p>資 金 前 渡 職 員 名 _____ ㊟</p>	<p>互助組合受付印</p>
---	----------------

※両方互助組合員の場合は、扶養認定を受けようとする方で請求してください。
 ※死産・流産（妊娠13週（85日）以上）の場合は、共済組合に提出の出産費附加金請求書の
 医師の証明欄をコピーし、添付してください。