

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						
職員番号						

所 属 名
組 合 員 氏 名 ⑩
住 所 〒 (-)

一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿

上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 所 属 長 名 資 金 前 渡 職 員 名	職印	⑩	互助組合受付印

※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。