

出 産 手 当 金 請 求 書

(一財) 兵庫県学校厚生会理事長 様

記入日 20 年 月 日

下記のとおり請求します。

所 属 所 名		給 付 額	
		※ 円	
会 員 番 号	会 員 名 (フ リ ガ ナ)	会 員 生 年 月 日	
	(自署)	年 月 日	
(フ リ ガ ナ)		出 産 者 生 年 月 日	
出 産 者 名		年 月 日	
出産者の共済組合扶養認定年月日	年 月 日	請 求 金 額	
出 産 日	年 月 日	円	
出 産 関 係 証 明	出産者名 _____ は、 _____ 年 _____ 月 _____ 日に		
	本院において <u>男 _____ 名 ・ 女 _____ 名</u> を出産したことを証明します。		
	年 月 日		
	医療機関の所在地		
	名 称		
	代 表 者 名		印
	電 話 番 号 () -		
上記の記載事項は事実と相違ないことを認めます。			
年 月 日			
所 属 所 名			※ 受 付 印
所 属 所 長 名			印
厚 生 会 係 名			
電 話 番 号 () -			

- 1 出産に関する証明欄は医療機関で記入してください。(添付書類で証明する場合は不要)
- 2 「会員名(フリガナ)」の欄には、名前を自署することとし、諸事情により自署が難しい場合は、名前を記載し押印してください。
- 3 扶養する配偶者の出産の場合、出産者の扶養認定年月日は必ずご記入ください。
- 4 ※欄は記入しないでください。

※ 精 査	※ 審 査	※ 資 格 審 査
-------	-------	-----------