

# 出産保育費 会 員 者 配 偶 者 請 求 書

互

(いずれかを○で囲む)

所属コード	組合員証番号	職 名	氏 名																	
被扶養配偶者名		出 産 児	フリガナ			続 柄														
			名 前																	
出 産 の 場 所		苗字は不要 名前のみ	フリガナ			続 柄														
			名 前																	
		出 産 日	年 号	年	月	日														
		5																		
添 付 書 類	※いずれかに✓印を付し、コピーを添付してください。 <input type="checkbox"/> 市町村長に届け出る「 <u>出生証明書</u> 」の写し <input type="checkbox"/> 母子手帳の写し(「 <u>表紙</u> または子の <u>保護者</u> 」欄及び「 <u>出産の状態</u> 」欄の2枚)																			
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">請求金額</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">十</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">万</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">千</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">百</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">十</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">円</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>							請求金額	十	万	千	百	十	円							
請求金額	十	万	千	百	十	円														
上記のとおり請求します。 一般財団法人 岩手県教職員互助会長 様 令和 年 月 日 住 所 請 求 者 氏 名																				
上記の記載事項は、事実と相違ないことを認めます。 令和 年 月 日 (〒 - ) (TEL - - ) 所 属 所 在 地 所 属 所 名 職 名 所 属 所 長 氏 名																				

(注) 1 任意継続会員は、所属所長欄の記入の必要がありません。  
 2 母子手帳の「出生届出済証明」は添付書類として認めません。

年号コード
平成 4
令和 5