

共 出産費・同附加金、家族出産費・同附加金

請求書

互 出産費・家族出産費 共 保育補助(すくすくギフト)

1 基本事項(ゴム印使用可)						
所属所名		組合員氏名		資格取得日	昭・平 令	年 月 日
所属所コード		組合員番号		資格喪失日	平・令	年 月 日
出産者氏名		組合員 との続柄	本人 妻	出産者 生年月日	昭和 平成	年 月 日
出産児氏名		組合員 との続柄		出産年月日	平・令	年 月 日
出生児数	人 () ※()内は 流死産数	出 産 の 場 所				
2 被扶養者の履歴(家族出産の場合は次も記入してください。)						
被扶養者認定年月日		昭・平・令		年	月	日
家族の職歴 (被扶養者認定6ヶ月以内の場合のみ記入)	社会保険名等					
	旧勤務先					
	勤務期間	年 月 日	から	年 月 日	まで	
3 保育補助請求の有無(いずれかを○で囲んでください。請求者には後日申込書等を御自宅に送付します。)						
保育補助(すくすくギフト)を			請求します		・ 請求しません	
自宅以外への送付を希望する 場合のみ、送付先を記入してく ださい。	〒	住所		電話番号	()	
4 医師又は助産師の証明						
年 月 日 _____ は、出産・死産・早流産(妊娠 月)したことを証明します。 (出産児数 人)						
令和 年 月 日		住所		証明者	氏名	Ⓔ
5 請求者及び所属所長の証明						
上記のとおり請求します。						
公立学校共済組合埼玉支部長		様		(郵便番号)	
一般財団法人埼玉県教職員互助会理事長				住所		
令和 年 月 日		請求者		氏名		Ⓔ
TEL () -						
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。						
令和 年 月 日		(郵便番号)	所在地		
		所属所長	職名	氏名		職印
TEL () -						

※所属所控用は、写しをご利用ください。