

会 員 出 産 祝 金 請 求 書
配 偶 者

請 求 金 額

一金 20,000 円也

加 入 者 番 号

法人番号 () 事業所番号 ()
加入者番号

加入年月日

年 月 日

職 氏 名

分 娩 者

氏名

会員との続柄

分娩者生年月日 年 月 日生

事 業 主 の

男
上の者 年 月 日 児を分娩したことを証明する。
女

証 明 ⑩

(〒)
施設又は団体等の
住 所
事 業 主 名 ⑩

上のとおり、出産祝金を請求します。

年 月 日

(〒)
住 所

氏 名 ⑩

・ 銀行 支店 ⑩ 口座番号

ふりがな
本人名義

※ふりがなは必ずして下さい。

一般財団法人 秋田県民間社会事業福利協会理事長 殿