

会 員 出 産 祝 金 請 求 書
配 偶 者

請 求 金 額

一 金

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
証 明 ㊤

上の者 年 月 日

男児 名
女児 名

を分娩したことを証明する。

(〒)

施設又は団体等の

住 所

事 業 主 名

印

上のとおり、出産祝金を請求します。

年 月 日

(〒)

住 所

氏 名

㊤

・ 銀行 支店 ㊤口座番号

ふりがな
本人名義

※ふりがなは必ずしてください。

一般財団法人 秋田県民間社会事業福利協会理事長 殿

備 考

出生届出済証明書付母子手帳もしくは戸籍謄本の複写したものを添付すること。