

出 産 見 舞 金 請 求 書					
職員番号			請求金額	一金 円	
出生児氏名 及び続柄	氏 名 続 柄	出 産 者 区 分	会 員 ・ 配 偶 者		
医 師 又 は 助 産 婦 の 証 明	平成 年 月 日 <b>下記会員</b> は出産、死産、早流産 (妊娠 箇月) したことを証明する。  平成 年 月 日  住 所 証 明 者 氏 名 <span style="float: right;">㊟</span>				
上記のとおり請求します。  平成 年 月 日  所属名 _____  職 _____ 会員氏名 _____ <span style="float: right;">㊟</span>  財団法人 福井県教職員互助会理事長 様					
証 明 書					互助会受付印
上記のとおり相違ないことを証明する。  所属所名 _____ <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">職 印</span> 所属長名 _____					
振 込 銀行名	福井 銀行		本 店		口座番号
	銀行 コード	0147	支 店 コード		預 金 者 名 義
					フカナ

- 備考 1. 会員本人が出産した場合は、医師または助産婦の証明を受けるか、戸籍抄本(写)を添付してください。  
 2. 会員の配偶者が出産した場合は、戸籍抄本(写)を添付してください。  
 3. 振込銀行は必ず会員本人の口座を書いてください。  
 4. 所属長を経由して提出すること。