

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 助産師の 証 明	<div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> は、____年 月 日に、出産、 死産、早流産（妊娠 _____ 週）したことを証明する。  _____年 月 日  <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">【証明者】</div> <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;">                     住所 氏名                 </div> <div style="margin-left: 20px;">Ⓜ</div> </div>					
上記のとおり請求します。  _____年 月 日  所属コード _____ 所属名 _____  職 _____ 氏名 _____ Ⓜ  一般財団法人 福井県教職員互助会理事長 様						
証 明 書					互助会受付印	
上記のとおり相違ありません。  所属名 _____ 所属長名 _____					<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">職 印</div>	
振 込 銀行名	福井 銀行		本 支 店	口 座 番 号		預 金 者 名 義
	銀 行 コード	0147	支 店 コード			フカガ

- 備考 1. 会員本人が出産した場合は、医師または助産師の証明を受けるか、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してください。