

出産手当金請求書

整理
番号

平成 年 月 日

財団法人 静岡県教職員互助組合 様

下記のとおり請求いたします。

組合員 (請求者) 記入欄	所属コード				組合員番号				発生年月日 (記入不要)		4	年	月
	所属所名		() -										
	フリガナ		氏名		⑩	加入年月		S	年		月		
	組合員の氏名		氏名			生年月日		S	年		月	日	
出生 児	フリガナ		氏名		父の氏名		氏	名					
	氏名		氏名		母の氏名		氏	名					
	生年月日		平成 年 月 日		続柄								
	該当に印		正常出産		死産		(妊娠 週)		流産		(妊娠 週)		
所属所 記入欄	上記の記載事項は、事実と相違ないと認めます。												
	平成 年 月 日												
	所属所長氏名										職印		
事務取扱者氏名										⑩			
互助 組合 記入 欄	裁定				調査		給付日		受付日				
	70	出産手当金											

- 1 組合員及び組合員の配偶者の出産が対象となります。
- 2 死産、流産のときは妊娠12週以上の場合は給付されます。

個人情報取り扱いについて

出産手当金請求書の内容は、給付資格調査、給付額算定、出産手当金に係る給付金送金処理のために利用いたします。