

出 産 祝 金 請 求 書

所属所番号	共済会員番号	共済会員 氏 名		協会記入欄	所属所名	
				種 別		
出 産 者	氏 名			続柄	1. 会員本人 2. 被扶養者（続柄 ）	
	資格取得（または 認定）年月日	昭和 平成	年 月 日	資格喪失年月日 （会員本人の場合）	平成	年 月 日
出産児氏名	ふりがな	続柄		出産年月日	平成	年 月 日
請求金額	50,000 円			※ 死産の場合は請求できません		
<p>上記のとおり出産祝金を請求します。</p> <p style="text-align: center;">一般財団法人北海道市町村職員福祉協会会長 様</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">請求者 住 所 氏 名 (印)</p>						
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所 属 所 名 所 属 所 長 名 (印)</p>						

- 注) 1 共済会員又は共済会員の被扶養者である家族が出産し、引き続きその生まれた子を育てるときに支給されます。（死産の場合及び任意継続組合員の方が出産した場合は支給対象になりません）
- 2 1年以上共済会員であった方が、退職後6ヶ月以内に出産した場合も該当します。（ただし、夫が共済会員であり、その被扶養者の出産として夫が出産祝金を受給できる場合を除く）
- ※出産年月日が確認できるもの（出生証明書等の写し）の添付が必要となります。
- 3 出産祝金の請求期限は、出産日から2年以内となります。
- 4 会員への送金は、共済組合の登録口座となります。
- 5 多児出産の場合は、1名につき1枚の請求書を作成してください。