（14-様式第15号）

| 共済組合と同時請求 | 所　属　名 | 県市職BIT | 名　前 | 項目番号 | 給付金額 |
|---|---|---|---|---|---|
| 添付書類確認済 | 所属コード | | 職員番号 | | （互助会記入欄） |
| 年　月　日 | 津小学校 | | 互助　花子 | | |
| | ７００００００ | ０ | ９９９９９９９ | ７ Q C | 円 |

| 事務局長 | 主　幹 | 主　査 | 主　事 | 会　計 | 係 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

審査の結果上記のとおり補助金額を決定する。

平成　　年　　月　　日

# 出産見舞金給付請求書

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 請求区分 | ① 会員　　２ 配偶者（いずれかに○をすること） | | | |
| 出産見舞金 | ３０，０００　円 | | | |
| 出産者名 | 互助　花子 | | | |
| 出産年月日 | 平成　○○　年　○○　月　○○　日　☐ 流産･死産の場合はチェック | | | |
| 引き続き育てた子の名 | フリガナ | ゴジョ　イチロウ | 続柄 | 長男 |
| | 名　前 | 互助　一郎 | | |

上記のとおり請求します。

平成　○○　年　○○　月　○○　日

所　　属　　名　津市立津小学校

共済組合員証番号　９９９９９９９９

職　・　名　　前　教諭　　互助　花子　（印）

一般財団法人三重県公立学校職員互助会理事長　様

| 互助会受付印 |
|---|
| |
| 整理番号 |
| |

（注意事項）
(1) 太線内を記入してください。
(2) 会員又は被扶養者である配偶者が出産した場合に請求してください。
(3) 出産証明書（裏面）を添付してください（公立学校共済組合に係る給付を請求済、又は同時に請求する場合は、不要）。
(4) 公立学校共済組合員でない会員の被扶養者の場合は、健康保険証（配偶者）の写しを添付してください。
(5) 「県市職ＢＩＴ」欄には、県職員は「０」、市町職員は「１」を記入してください。
(6) 互助会に登録の振込口座に送金されます。

# 出　産　証　明　書

| | |
|---|---|
| 出　産　者　名 | 互助　花子 |
| 出 産 年 月 日 | 平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 |

上記の者は、当院において 男児・女児 を出産・流産（第　　週）・死産（第　　週）したことを証明します。

平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

所　在　地　　津市○○町○○○○－○○

医療機関名　　互助会病院

代 表 者 名　　三重　次郎　　印

（注意事項）

(1) 公立学校共済組合に係る給付を請求済、又は同時に請求する場合は、省略することができます。

（14-様式第15号）

| 共済組合と同時請求 | 所　属　名 | 県市職BIT | 名　前 | 項目番号 | 給付金額 |
|---|---|---|---|---|---|
| 添付書類確認済 | 所属コード | | 職員番号 | | （互助会記入欄） |
| 年　月　日 | 津小学校 | | 互助　太郎 | | |
| | 700000 | 0 | 999999 | 7 Q C | 円 |

| 事務局長 | 主　幹 | 主　査 | 主　事 | 会　計 | 係 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

審査の結果上記のとおり補助金額を決定する。

平成　　年　　月　　日

# 出産見舞金給付請求書

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 請求区分 | 1 会員　　② 配偶者（いずれかに○をすること） | | | |
| 出産見舞金 | 30，000　円 | | | |
| 出産者名 | 互助　花子 | | | |
| 出産年月日 | 平成　○○　年　○○　月　○○　日　☐ 流産･死産の場合はチェック | | | |
| 引き続き育てた子の名 | フリガナ | ゴジョ　イチロウ | 続柄 | 長男 |
| | 名　前 | 互助　一郎 | | |

上記のとおり請求します。

平成　○○　年　○○　月　○○　日

所　　属　　名　津市立津小学校

共済組合員証番号　９９９９９９９９

職　・　名　　前　教諭　　互助　太郎　（印）

一般財団法人三重県公立学校職員互助会理事長　様

| 互助会受付印 |
|---|
| |
| 整理番号 |
| |

（注意事項）
(1) 太線内を記入してください。
(2) 会員又は被扶養者である配偶者が出産した場合に請求してください。
(3) 出産証明書（裏面）を添付してください（公立学校共済組合に係る給付を請求済、又は同時に請求する場合は、不要）。
(4) 公立学校共済組合員でない会員の被扶養者の場合は、健康保険証（配偶者）の写しを添付してください。
(5) 「県市職ＢＩＴ」欄には、県職員は「０」、市町職員は「１」を記入してください。
(6) 互助会に登録の振込口座に送金されます。

# 出　産　証　明　書

| | |
|---|---|
| 出　産　者　名 | 互助　花子 |
| 出 産 年 月 日 | 平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 |

上記の者は、当院において 男児・女児 を出産・流産（第　　週）・死産（第　　週）したことを証明します。

平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

所　在　地　　津市○○町○○○○－○○

医療機関名　　互助会病院

代 表 者 名　　三重　次郎　　印

（注意事項）

(1) 公立学校共済組合に係る給付を請求済、又は同時に請求する場合は、省略することができます。