

出産見舞金請求書 (出-2)

令和 年 月 日

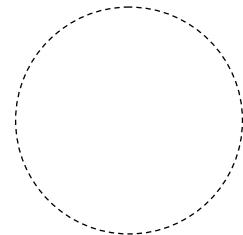
一般財団法人 新潟県教職員厚生財団理事長 様

氏名 所属所	氏名 <input style="width: 100%;" type="text"/> 職員コード <input style="width: 100%; border: 1px dashed black;" type="text"/> <p style="font-size: small; text-align: center;">新潟市の職員は8桁の番号を記入</p>	所属所 <input style="width: 100%;" type="text"/> 所属コード <input style="width: 100%; border: 1px dashed black;" type="text"/>	
出産年月日	令和 年 月 日 死産		
受取 金融機関	銀行・信金・信組 労金・農協	フリガナ 口座名義人	
	支店番号 支店 ()	口座番号	
請求者	上記のとおり請求します。 署名 印		
添付書類	<input type="checkbox"/> 診断書 (写し)		
備考	1 妊娠 12 週以上で死産の場合に贈与します。 2 請求期限は事由発生後 3 年以内です。 3 在団期間が 6 か月を超えない者に対する贈与金額は半額です。		

財 団 処 理 欄

番 号	送金年月日	種 類	枝 番	贈 与 額
		01		円

受 付 印



理事長	理 事	事務長	係	点 検	入 力