

## 出産見舞金請求書 (医師の証明書添付)

平成 年 月 日

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 職員コード	[ ] [ ]	所属所 所属コード	[ ] [ ]
出産年月日	平成 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 支店番号 ( )	口座番号		
請求者	署名	○ 印		
証明	上記のとおり相違ないことを証明します。 所属所名 所属所長氏名		□ 職印	

- (備考) 1. 妊娠12週以上で死産の場合に贈与します。  
2. 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

理事長	事務長	部 長	係	点 検	照 合

受 付 印

