

記載例 12

出 産 費・附加金

請 求 書

配偶者出産費・附加金

※決定額

法定給付

円

附加給付

円

組合員証 記号番号	公立高知第 012345号	組合員 氏 名	土佐花子		所 属 機関名	〇〇〇小学校
資格取得 年 月 日	昭和 49年 4月 1日 平成	資格喪失 年 月 日	平成 年 月 日			
出 産 者 氏 名	土佐花子		出 産 児 氏名・続柄	土佐一郎 続柄 長男		
出 産 日 年 月 日	平成 9年 2月 6日		出産の場所	〇〇〇病院		
医師又は 助産婦の 証 明	平成 9年 2月 6日 土佐花子 は、(出産) 早産・流産・死産 (単胎) 多胎 児) (妊娠 10 (ヶ月・週) したことを証明する。 平成 9年 2月 10日 証明者 住所 〇〇市〇〇町〇〇番地 〇〇〇病院 氏名 医師 〇〇〇〇 印					
給 料	H 表 2 級 14号給 〇〇〇,〇〇〇 円		請求金額	法定給付	円	
				附加給付	円	
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合高知支部長 様 平成 9年 2月 15日						
請求者 住所 〇〇市〇〇町〇〇番地 氏名 土佐花子 印						
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 9年 2月 15日						
所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地 所属所名 〇〇〇小学校 所属所長職氏名 校長 〇〇〇〇 職印						
送 金 指定銀行	銀行 支店			口座番号		
〈支払未済の給付〉の 場合のみ記入						

※印欄は記入しないでください。