

# 出産祝金申請書

**公益財団法人 日本教育公務員弘済会沖縄支部 支部長 様**

公益財団法人 日本教育公務員弘済会沖縄支部福祉事業規程に基づき出産祝金を申請します。

請求金額	千	5	百	0	十	円	0
------	---	---	---	---	---	---	---

会 員 記 入 欄	会員番号	カガナ	生 年 月 日			
		氏名	年 月 日			
	勤務先番号	勤務先				
	振 込 先 (本人名義に限る) (点線を○で囲ってください)		銀行 労金	支店	普通預金 口座番号	
	住 所		〒□□□ - □□□□	電話番号		
	出産児氏名	カガナ	性別	男 女	出 産 年 月 日	
					20 年 月 日	

上記のとおり相違ないことを証明します。

20 年 月 日

所属団体 \_\_\_\_\_

所属長 \_\_\_\_\_

公  
印

**(注) 下記「個人情報の取扱いについて」の事項を確認し、了承しました。**

個人情報の取扱いについて

1. 公益財団法人 日本教育公務員弘済会沖縄支部(以下「当支部」という。)は、当申請書により提供いただきました個人情報を当支部の福祉事業のために利用します。
2. 個人情報取扱いについては、公益財団法人 日本教育公務員弘済会ホームページ(<http://www.nikkyoko.or.jp>)をご覧ください。

教弘記入欄

区 分	教弘保険加入回数
<input type="checkbox"/> 現職者	
<input type="checkbox"/> 退継者	契 約 始 期
<input type="checkbox"/> 臨任	
<input type="checkbox"/> 教弘のみ	年 月

決 裁				年 月 日
支部長	事務局長	照 査	係	

受 付

[注] 申請期間は事由発生より1年以内です。  
 添付書類：母子手帳、住民票抄(謄)本、戸籍抄(謄)本、いずれかの写しを添付してください。  
 配偶者が出産の場合、会員との関係が明記されたもの。  
 ゆうちょ銀行(振込先)の場合は、記号・番号を記載してください。  
 受給資格のない方からの申請(教弘保険に未加入・申請期限切れ)については、事務局にて申請書・添付書類を破棄いたします。

お願い 訂正の場合は、必ず本人の印でお願いします。(修正液は使用しないでください。)