

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 5 0 0 0 円

※記入必須項目

申請者記入欄	会員番号	フリガナ	※生年月日(西暦)	
		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	普通預金 支店 口座番号	
	※住所 原則、保険登録住所と相違 の際は変更いたします。	〒	電話番号	住所変更 <input type="checkbox"/> 希望しません 変更を希望しない場合は☑記入ください。
	※出産児氏名	フリガナ	※性別 男 ・ 女	※出産年月日 20 年 月 日

(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

- 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。
- 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(<https://www.nikkyoko.or.jp>)をご覧ください。

[注意事項]

- 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(出生届出済証明のページ)**、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、申請者・配偶者・子の関係が明記されたもの。)
- 振込先にゆうちょ銀行をご指定の場合は、他金融機関からの振込用の記号・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・重複申請)については、事務局にて申請書・添付書類を通知なしで破棄いたします。
- 住所・電話番号について、ご登録の住所と相違している場合は「個人情報の取り扱いについて」に従い、ご記入の住所へ変更させていただきますのでご了承ください。

事務局記入欄

教弘保険加入口数	
契約始期	年 月

決裁	年	月	日
支部長	事務局長	照査	係

受付

--