

出産祝金請求書

長野県病院企業年金基金 理事長 殿

加入者または加入者であった者	氏名			性別	男 ・ 女	
				生年月日	昭和 平成	年 月 日
加入者番号				加入年月日	年 月 日	
出産年月日	年 月 日	出生児の氏名			出生児の数	単胎 多胎 児
加入者の配偶者が 出産した時に記入		配偶者の氏名				
事業主	上記のとおり相違ないことを証明いたします。					
	年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主名 (印)					
送付先にチェックを入れて下さい。		<input type="checkbox"/> 基金から事業主へ送付				
※基金からの直接送付は、退職した加入者の場合のみです。		<input type="checkbox"/> 基金から直接送付（送付先の住所・氏名をご記入下さい）				
		〒				
		喪失日 年 月 日				
		電話 : ()				

※決議書	常務理事		係	伺年月日	
				送付年月日	
				受領書確認	
	支給額	10,000円		台帳記入	