

出産祝申請書

公益財団法人日本教育公務員弘済会石川支部 支部長 様

年 月 日申請

下記の通り給付の申請をいたします。

ふりがな
申請者名 _____

所属(勤務先) _____ 職員(会員)番号 _____

自宅住所 〒 _____

携帯番号 () () ()

	ふりがな 出生児氏名	出産年月日	続柄	給付金額
	①	年 月 日		5,000円
	②	年 月 日		5,000円
	③	年 月 日		5,000円

受取口座 (本人名義の口座) (口座番号は右詰めで記入)

金融機関	支店	種類	口座番号	口座名義(カタカナ)
北國銀行		普通		

- ※ 申請受付期間：事由発生後1年以内
- ※ 支店名・口座番号・口座名義(カタカナ)は正確にご記入ください
- ※ 事由発生時・申請時において教弘保険加入会員であること
- ◆ ご記入いただきました個人情報は当会の福祉事業の運営のためにだけ利用します。
当会の個人情報の取扱については、ホームページ (<http://www.nikkyoko.or.jp/policy/index.html>)
でご確認できます。
- ◆ 申請書送付先： 920-0901 金沢市彦三町2丁目1番45号 むさしビル6階
※事務局使用欄

1	給付	2	教弘保険未加入	3	重複
---	----	---	---------	---	----

受付日 () 送金日 ()