

出産祝品支給決議書

2015.12

決 裁	平成 年 月 日	常務理事	事務長	課 長	係
支 給	該当 ・ 不該当				

出産祝品請求書

加入員又は加入員であった者	加入員 番 号	No.	<生年月日> 昭和・平成 年 月 日
	フリガナ 氏 名	⑩	<被扶養配偶者の氏名>
	送付先	〒 - ⑩ ()	
	事業所 名 称	(事業所番号 NO.)	
	出 産 年月日	平成 年 月 日	
事業主の証明欄	<p>うえの記載事項は事実と相違ないことを証明します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>事業所所在地 ⑩</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名 ⑩</p>		

※①資格喪失者（退職者）が戸籍謄本等出産を証明できる書類を添付したときは、事業主証明を省略可能です。
 ②本人が資格を喪失されている場合は、「送付先」欄に送付先を記載ください。

【支給対象者】・加入員期間1年以上の加入員又は被扶養配偶者が出産されたとき
 （退職後6ヶ月以内の出産も含む）
 ※但し、配偶者に受給権があるときは1品
 ・祝品の請求期限は支給事由が生じた日から2年以内

基金受付印