

(元被扶養者用)

家族出産費不支給証明願

私は、

生まれた子の誕生日

に出生した

出生した子の氏名

に関する家族出産費について、熊本県市町村職員共済組合に請求しませんので、家族出産費不支給証明書を交付していただきますようお願いいたします。

令和 年 月 日

熊本県市町村職員共済組合理事長 様

(〒 -)

住所

電話 ()

(出産した者)

氏名

家族出産費不支給証明書

	氏名	生年月日
組合員又は組合員であった者		
出産した被扶養者		
出生した子		

上記の「出生した子」について、当共済組合から家族出産費は支給していないことを証明します。

令和 年 月 日

熊本県市町村職員共済組合理事長

