

(元組合員用)

出産費未支給証明願い

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、出産費未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

出産費未支給証明書

	氏名	生年月日
組合員又は 組合員であった者		
出生した子		

上記の「出生した子」について、当共済組合から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

印