

# 共済センター

## 支給決定書

支給金額	円	取得	年	月	日	常務理事	
		喪失	年	月	日		
		分娩	年	月	日	事務長	
		配偶者認定日	年	月	日		
備考						主任	
						係	

# 本人 家族 分娩給付金等支払依頼書

年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		被保険者の生年月日				分娩年月日					
	0 0 0		昭和 平成 年 月 日 0 0 0 0 0 0				令和 年 月 日 0 0 0 0 0 0					
	被保険者の氏名	(フリガナ) ケンポ アイコ					事業所の名称		0 0 0 0 0 0 0 0			
		健保 愛子					事業所の所在地		0 0 0 0 0 0 0 0			
	被保険者の住所	郵便番号	0 0 0 - 0 0 0 0				0 0 県 0 0 市 0 0 町				電話 ( )	
	分娩した被扶養者の氏名						分娩した被扶養者の生年月日		昭和 平成 年 月 日			
	被保険者の払渡希望銀行	銀行		支店		普通 NO.		0 0 0 0 0 0 0 0				
		金融機関コード		支店コード		口座名義(カタカナ)		ケンポ アイコ				