

給付金請求書

記入例

※ 太枠点線内をご記入ください

記入日 年 月 日

一般財団法人大阪市職員互助会理事長 様

次のとおり請求します。

所 属 地方独立行政法人大阪市民病院機構 大阪市立総合医療センター

氏名・印 互助 会子

連絡先電話番号 06-1234-5678

※日中連絡のつく電話番号を記入してください。(勤務先・携帯等)

所属コード(左詰め)	職域コード	職員番号(左詰め)
空欄でOK	1 水道・校園 以外 4 校 園 3 水 道	3 4 5 6 7 8 9

給付種別	請 求 事 由 に 関 す る 事 項
<input type="checkbox"/>	死亡者氏名
<input type="checkbox"/>	添付書類として、出産(死産)等の事実及び会員との続柄を証明する以下のいずれかの書類(コピー可)を併せてご提出ください。 ・住民票の写し又は住民票記載事項証明書(世帯全員分・続柄有) ・出生(死亡)届受理証明書 ・戸籍謄(抄)本 ※「出生届出済証明」は不可 ※2026年4月1日以降出産した場合は、出産した会員及びその配偶者である会員にも支給(上記以前に出生し、請求者と配偶者のどちらも会員の場合は、どちらか一方の会員に支給)
<input checked="" type="checkbox"/> 出産等支援金	生まれた子 氏名 互助 太郎 生年月日 年 月 日 出産した者 氏名 互助 会子 生年月日 年 月 日

- ◎ 請求する給付ごとに給付金請求書と添付書類を提出してください。
- ◎ 記入要領・添付書類等については裏面を参照してください。
- ◎ この書面で取得する個人情報は、互助会の事業に関する事務に利用します。

※互助会記入欄(記入しないこと)

互助会照合

支払予定日	支給額	
2 0	0 0 0 0 円	

未収確認 なし • あり(入金確認日)

(2026.4)