静岡県市町村職員共済組合理事長 様

資格喪失等証明書交付申請書

出産費の直接支払制度を利用し、静岡県市町村職員共済組合へ請求するため、

資格喪失等証明書の交付をお願いします。

組合員証記号番号

組 合 員 氏 名

資格喪失年月日　令 和 年　月　日

出産予定年月日　令 和 年　月　日

令 和　年　月　日

氏名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿