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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿