

出産手当金請求書

決定額 円

| | | | | | | |
|------|----|------|-----------|-------|-----------|-------|
| 組合員証 | 記号 | 〇〇〇 | 組合員 氏名 | 共済 花子 | 所属 機関名 | □ □ □ |
| | 番号 | 〇〇〇〇 | | | | |

| | | | | | | |
|---------------|----|--|-----------|------------------------|----------|----------|
| 組合員の 資格年月日 | 取得 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 〇〇年 2月 1日 | 任意継続の 組合員の 資格年月日 | 取得 | 令和 年 月 日 |
| | 喪失 | 令和 〇〇年 4月 1日 | 喪失 | | 令和 年 月 日 | |

| | | | |
|---------|---------------|----------------|-----------------|
| 出産予定年月日 | 令和 〇〇年 5月 31日 | 勤務できなかった 期間 | 令和 〇〇年 4月 1日から |
| 出産年月日 | 令和 〇〇年 6月 1日 | | 令和 〇〇年 5月 31日まで |
| | | | 合計 45 日間 |

請求期間中における加入医療保険 保険者名： 〇〇健康保険組合 (本人 ・ 家族)
資格取得年月日： 令和 〇〇年 4月 1日

出産に関する
医師又は
助産師
の証明

出産予定日が 令和 〇〇年 5月 31日であった **共済 花子** が
令和 〇〇年 6月 1日に出産（分娩児数 1人）したことを証明する。
令和 年 月 日

医療機関等の
住所及び名称
医師等の氏名

〇〇市〇〇町4-5-6
〇〇病院
奈良 太郎 (印)

| | | | | | |
|----------------------------|----------------|----------|----------------------------|----------|-----------|
| 標準報酬月額 | 〇〇等級 〇〇〇,〇〇〇円 | 請求 期間 | 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日から 〇〇日 まで | 請求 金額 | 〇〇〇,〇〇〇 円 |
| 支給開始日の 属する月以前 | 令和 年 月 〇〇,〇〇〇円 | | | | |
| の直近の連続 した1年間の標準 報酬月額 | 令和 年 月 〇〇円 | | | | |
| | 令和 年 月 〇〇円 | | | | |
| | 平均の標準報酬月額 〇〇円 | | | | |

上記のとおり請求します。

奈良県市町村職員共済組合理事長 殿

令和 年 月 日

請求者 住所 〇〇市〇〇1-2-3
氏名 共済 花子 (印)

請求期間中(特に開始月・終了月)に扶養手当・住居手当等が支給されている場合は、報酬との調整が必要になります。

| | | |
|---|------------------------------------|---|
| 請求期間に対する 報酬の支給の有無 (いずれかに○をしてください) | <input checked="" type="radio"/> 有 | (別添、報酬支給額証明書のとおり) |
| | <input type="radio"/> 無 | 所属機関の長又は給与事務担当者 令和 年 月 日 職名 □ □ □ 長 氏名 △ △ △ △ (印) |

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

所属所長 職名 □ □ □ 長
氏名 △ △ △ △ (印)