

出産手当金請求書

組合員証等	記号	〇〇〇	組合員	共済 花子	所属	〇〇〇
	番号	〇〇〇	氏名		機関名	
組合員の資格年月日	取得	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 〇〇年 2月 1日 <input type="checkbox"/> 令和	任意継続の組合員資格年月日	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： 〇〇〇〇健康保険組合 (<input type="checkbox"/> 本人・ <input checked="" type="checkbox"/> 家族)			
			資格取得年月日： 平成 〇〇年 4月 1日 令和			
出産に関する医師又は助産師の証明	出産予定日が 令和 年 月 日であったが					
	令和 年 月 日に出産（分娩児数 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					
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	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 〇〇年 〇〇月～	〇〇〇,〇〇〇円		〇〇日まで		
の直近の連続した1年間の標準報酬月額	令和 年 月～	円				
平均の標準報酬月額	令和 年 月～	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			住所 〇〇市〇〇町〇〇番地			
令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日			請求者 氏名 共済 花子			
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)	有	(別添、報酬支給額証明書のとおり)				
	無	所属機関の長又は給与事務担当者 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 職名 〇〇〇長 氏名 〇〇 〇〇				
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。						
令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日			所属所長 職名 〇〇〇長 氏名 〇〇 〇〇			