

# 出産手当金請求書

組合員証等	記号 〇〇〇	組合員 氏名 共済 花子	所属 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 令和 〇〇年 5月 31日まで 合計 45日間
出産年月日	令和 〇〇年 6月 1日		
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 〇〇日まで
支給開始日の属する月以前の直近の連続した1年間の標準報酬月額	令和 〇〇年 〇〇月～ 〇〇〇,〇〇〇円 令和 年 月～ 円 令和 年 月～ 円 令和 年 月～ 円 平均の標準報酬月額 円	請求金額	〇〇〇,〇〇〇円
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 〇〇年 〇〇月 〇〇日 請求者 住所 □□市□□町□□番地 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  無	(別添、報酬支給額証明書のとおり) 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 □□□長 氏名 □□ □□	
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 □□□長 氏名 □□ □□			