

出産手当金請求書

組合員証等	記号				組合員	所属							
	番号				氏名	機関名							
組合員の資格年月日	取得	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	任意継続の組合員資格年月日	取得	令和	年	月	日		
	喪失	令和	年	月	日		喪失	令和	年	月	日		
出産予定年月日	令和	年	月	日	勤務できなかった期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで
出産年月日	令和	年	月	日		合計	日間						
請求期間中における加入医療保険					保険者名： <input type="checkbox"/> 本人・ <input type="checkbox"/> 家族 資格取得年月日：平成 年 月 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	等級	円	円		請求期間	令和	年	月	日から	請求金額	円		
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	年	月	～		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			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 住所 請求者 氏名													
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 年 月 日 職名 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 年 月 日 職名 所属所長 氏名													