

# 出産手当金請求書

組合員等 記号・番号		組合員 氏名		所属 機関	
出産年月日	年 月 日	資格取得 年月日	年 月 日	資格喪失 年月日	年 月 日
勤務できな かった期間	年 月 日から 年 月 日まで	病院又は 診療所名 及び 所在地			
標準報酬 月額	第 級 円	請求期間	年 月 日から 年 月 日まで	明 金額	円
出産に関する 医師又は 助産師の意見 及び証明	出産予定日	年 月 日			
	年 月 日出産（単胎・多胎）したことを証明する。 年 月 日 住 所 証明者 医療機関 氏 名				
上記のとおり請求します。 山口県市町村職員共済組合理事長 様 年 月 日 〒 住 所 請求者 氏 名（自署）					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 所属所長					

1. この請求書は、必要事項を記入し、請求期間の翌月以降に次の書類を添付して提出してください。（所属所長欄は共済組合事務担当課が記入）

- ① 出産についての医師または助産師の証明書（当様式内に証明があるときは不要）
- ② 出産の予定日に関する医師または助産師の証明書（ " " ）
- ③ 多胎妊娠の場合、その旨の医師の証明書（ " " ）
- ④ 出産手当金請求用・報酬支給額証明書（所属所作成）
- ⑤ 出産手当金請求用・支給日数等確認書（所属所作成）
- ⑥ 給与条例の写し及び出勤簿の写し（所属所作成）
- ⑦ 退職者が請求するときは、現在加入している健康保険がわかるものの写し（未就労であることを確認するため）

2. 請求者（通常は組合員）が自署できない場合は、代理人が請求者氏名及び代理人氏名を連名で自署してください。  
組合員等記号・番号が不明なため該当欄に記入できない場合は、共済組合が定める「個人番号申告票」の添付に代えることができます。

※共済組合使用欄	受付印	決定してよろしいか		給種	枝番	年月	日数	決定額
		課長	担当	出産 手当金 220	0			
					1			
					2			
			3					