出産手当金請求書

組合員等記号・番号	△△△-△△△	組合員氏名	共済　花子	所属機関	○○市
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	○○県　○○市　○○○　△△丁目 ○○○○病院		
標準報酬月額	第　△△　級 △△△△△△　円	請求期間	△△　年　△月　△日から △△　年　△月　△日まで	請求額	△△△△△△　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 証明者　住所　○○県　○○市　○○○　△△丁目 医療機関　○○○○病院 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　○○県○○市○○　△－△

請求者

氏名（自署）　共済　花子

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			