

給付種別
220

出産手当金請求書



組合員証記号番号 又は個人番号					※印欄は、記入しないでください。				
組合員氏名			所属機関名						
標準報酬月額	_____等級	円	請求金額	円					
※資格取得日	昭和・平成	年	月	日	出産年月日	平成	年	月	日
※資格喪失日	平成	年	月	日	(出産予定日)	平成	年	月	日
勤務できなかった期間	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日
請求期間	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日
《送金先口座》									
口座名義人(かた)	金融機関名	支店名	種類	口座番号					
			普通						
上記のとおり請求します。 岡山県市町村職員共済組合理事長 様 平成 年 月 日 請求者 (住所) (氏名) ㊞									

《出産についての医師又は助産師の証明欄》									
出産した者の氏名					生産死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠_____週)			
出産年月日	平成	年	月	日	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(人)			
(出産予定日)	平成	年	月	日					
上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 [所在地] [医療機関等名] [医師・助産師名] ㊞									

(2017.1 改訂)

[添付書類]

- ・ 出勤簿の写し
- ・ 給与簿の写しに原本証明したもの又は報酬支給額証明書

以下は、共済組合使用欄につき、記入不要です。

局長	課長	課長補佐	係長	係	決定年月日
支給年月		支給日額		日数	決定額
平成 年 月		円		日	円