所属所受付印　　共済組合受付印

給付種別
220

出産手当金請求書

令和　　年　　月分～　　月分

組合員等記号番号 又は個人番号		※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	平成 令和　年　月　日	出産年月日	令和　年　月　日
※資格喪失日	令和　年　月　日	(出産予定日)	令和　年　月　日
勤務できなかった期間	令和　年　月　日	～	令和　年　月　日
請求期間	令和　年　月　日	～	令和　年　月　日

«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	□生産 □死産（妊娠＿＿＿＿週）
出産年月日	令和　年　月　日	出生児の数	□単胎 □多胎(　　人)
(出産予定日)	令和　年　月　日		

上記の記載事項に誤りがないことを証明します。

令和　　年　　月　　日

所在地
医療機関等名
医師・助産師名　　㊞

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

令和　　年　　月　　日

住所
請求者
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

〔添付書類〕　　(2024.12改訂)

・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

・出産に伴う休暇等に関する条例・規則等の写し

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		支給日数	決定額						合計日数	合計決定額							
令和　年	月	日						円	日								円
令和　年	月	日						円									
令和　年	月	日						円									