

所属所受付印

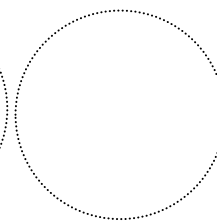
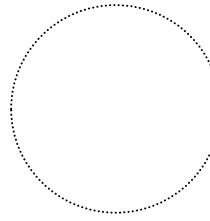
共済組合受付印

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	〇〇〇-123456	※欄は記入しないでください。	
組合員氏名	共済 花子	所属機関名	〇〇市
標準報酬月額	____等級 円	請求金額	円
※資格取得日	平成 年 月 日 令和	出産年月日	令和 年 月 日 〇〇 〇〇 〇〇
※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 〇〇 〇〇 〇〇	～	令和 年 月 日 〇〇 〇〇 〇〇
請求期間	令和 年 月 日 〇〇 〇〇 〇〇	～	令和 年 月 日 〇〇 〇〇 〇〇

「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	令和 年 月 日		
(出 上	この欄は医療機関(医師)に 記入してもらってください		
	医療機関等 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

請求者

住所

〇〇市△△町〇-〇-〇

氏名

共済 花子

上記記載事項は、所属共済組合に提出してください。

この欄は所属所担当課で記入します

〔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	日	円	
令和 年 月	日	円	日	円	