

出産手当金請求書(第 回)

所属所名 (市町村等名)			組 合 員	氏 名			
組合員証 記 号 番 号	所属コード	組合員証番号		生年月日	昭 平	年 月 日	性別 男 女
資格取得年月日	昭 平 令	年 月 日	資格喪失年月日	令	年 月 日		
勤務できな かった期間	平 令	年 月 日から	出 産 予 定 日	令	年 月 日		
	平 令	年 月 日まで					
療養の給付の 対象となった 入院期間	平 令	年 月 日から	出 産 年 月 日	令	年 月 日		
	平 令	年 月 日まで				医療機関名 及び所在地	

出産に関する 医師又は 助産婦の証明	上記の者は、年 月 日出産(正常・異常)したことを 証明する。 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;"> 出 産 予 定 日 : 年 月 日 </div> 令和 年 月 日 住 所 証明者 氏 名						
--------------------------	---	--	--	--	--	--	--

支給開始月以前 直近12カ月の 平均標準報酬の月額	円	請求期間	自 年 月 日 至 年 月 日 (日間)	請求金額	円
---------------------------------	---	------	-----------------------------	------	---

上記のとおり請求します。

埼玉県市町村職員共済組合理事長 様

令和 年 月 日 郵便番号 ー

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

所属所長

出勤しなかった期間の報酬(※)の支払状況				
※報酬には、諸手当も含まれます。平成27年9月分までは、従前の給料月額で記入してください。				
勤務できなくなった 最初の日から請求 期間の前日までの期間	年 月 日 } 間	割	円	備考
	年 月 日 } 間	割	円	
	年 月 日 } 間	割	円	
請 求 期 間	年 月 日 } 間	割	円	祝日の報酬(※)の支払状況 割 円

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
給与事務担当者
氏 名

共 済 組 合 使 用 欄																											
今回支給日数(○印) 年 月							今回支給日数(○印) 年 月							今回支給日数(○印) 年 月							今回支給日数(○印) 年 月						
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28
29	30	31					29	30	31					29	30	31					29	30	31				
支 給 開 始 日							前 回 支 給 分							今 回 支 給 分													
年 月 日から							年 月 日まで							年 月 日まで													
支 結 日 数 日							控 除 額 円							整 理 番 号 E													
備 考																											
課 長		主 幹		主 査		係		照 合		備 考																	

[注]① 出産の日以前42日間と、出産の日後56日間請求願いたいこと。
 ② 出産の日が出産予定日より遅れた場合は、予定日の翌日から出産日までの期間を加えて支給できますので、出産予定日の確認できる医師の証明書又は、母子手帳の写し(所属所の証明を必要とする)を提出願いたいこと。