

共済組合

所属所

受付年月日

受付年月日

## 出産手当金請求書

					※決定額		円		
組合員証	記号		フリガナ		所属機関	名称			
	番号		組合員氏名			所在地			
組 合 員					任 意 継 続 組 合 員				
資格取得日	昭和 平成 年 月 日				平成 年 月 日				
資格喪失日	平成 年 月 日				平成 年 月 日				
出産予定日	平成 年 月 日	出産日	平成 年 月 日	出産(予定)児の数		単胎・多胎(児)			
勤務できな かった期間	平成 年 月 日から				請求期間	平成 年 月 日から			
	平成 年 月 日まで					平成 年 月 日まで			
支給開始 年 月 日	平成 年 月 日				他の社会保険への 加入の有無	(平成 年 月 日から 保険加入)			
						無			
標準報酬 月額(短期)	等級 円			請求金額		円			
請求期間に対する 報酬の支給の有無 (いずれかに○をしてください)			有	(別添、報酬支給額証明書のとおり)					
			無	所属機関の長又は 給与事務担当者 職 名 氏 名 印					
又出 産は 産助 に 産関 する 証 明 師	出産年月日	平成 年 月 日			出産予定日	平成 年 月 日			
	出産又は死産の別	出産・死産(妊娠 ヶ月)			出産児の数 (予定)	単胎・多胎(児)			
	上記のとおり証明します。 平成 年 月 日 住 所 証明者 氏 名 印 (医師又は助産師) TEL - -								
上記のとおり請求します。 鳥取県市町村職員共済組合理事長 様 平成 年 月 日 住 所 請求者 氏 名 印 請求者の氏名を自署した場合は、押印を省略できます。									

(注)

- 1 医師又は助産師の証明を受けてください。
- 2 報酬の支給の有無欄は、所属機関の長または給与事務担当者の証明を受けてください。
- 3 ※印欄は記入しないでください。

※決 裁	事務局長	事務局次長	課 長	合 議	主 査

<出産手当金>

- 組合員が出産したため、出産の日(出産の日が出産の予定日後であるときは、出産の予定日)以前42日(多胎妊娠の場合は98日)から出産の日後56日までの間で、報酬の一部又は全部が支給されない場合は、勤務に服することのできなかつた期間1日につき標準報酬日額に2/3を乗じた額を支給します。
- 1年以上組合員であった者が、退職の際に出産手当金を受けていた場合、引き続き支給します。

○「請求金額」欄は、金額が不明な場合は記入不要です。

○添付書類

請求書中の証明のみで特になし。

※請求書中の勤務しなかつた期間の報酬証明については、支給額が0円であっても証明してください。