

出産手当金請求書

照合	係

決定額	円
-----	---

組合員証 記号番号		組合員 氏名		所属 機関名					
資格取得 年月日	昭和 平成	年	月	日	資格喪失 年月日	平成	年	月	日
出産年月日	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
標準報酬の等級 及び月額	第	級	円	請求金額	円				
出産に 関する 医師 又は助 産師の 証明	出産年月日 平成 年 月 日 (正常・異常)(単胎・多胎 児) 出産予定日 平成 年 月 日 上記のとおり証明する。 平成 年 月 日 住 所 証 明 者 氏 名 印								
	上記のとおり請求します。 愛知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								
	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 職 名 所属所長 氏 名 印								
	印欄は記入しないでください。								