

出産手当金請求書

照 合	係

決定額 ※ 円

記号番号	—		所 属 機 関 名			
組 合 員 氏 名			標 準 報 酬 の 等 級 及 び 月 額	第 級 円		
資 格 取 得 年 月 日	平成 令和	年 月 日	資 格 喪 失 年 月 日	令和	年 月 日	
出 産 予 定 日	令和	年 月 日	出 産 年 月 日	令和	年 月 日	
勤 務 で き な かつ た 期 間	令和	年 月 日 から	請 求 期 間	令和	年 月 日 から	
	令和	年 月 日 まで		令和	年 月 日 まで	
各 月 休 業 日 数 及 び 請 求 金 額	月 分 日 円	月 分 日 円	月 分 日 円	月 分 日 円	月 分 日 円	
出 産 に 関 す る 医 師 又 は 助 産 師 の 証 明	出産年月日 令和 年 月 日 (正常・異常) (単胎・多胎 児) 出産予定日 令和 年 月 日 上記のとおり証明する。 令和 年 月 日 住 所 証 明 者 氏 名					
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 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						

※印欄は記入しないでください。