# 出 産 手 当 金 請 求 書

| 決裁 | 課　長 | 係　長 | 主　任 | 副主任 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 決定額 | ※　　円 |
|---|---|

| 組合員等 | 記　号 | | 組合員氏名 | | 所属所名 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 番　号 | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 資格取得日 | 平　成<br>令　和　　年　　月　　日 | 資格喪失日 | 令　和　　年　　月　　日 |
| 出産年月日 | 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　　日から 令和　　年　　月　　日まで |

| 出産予定日及び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 | 出産予定日 | 令和　　年　　月　　日 |
| | 出生児の数 | 単胎・多胎(　　児) | 正常分べん又は異常分べんの別 | 正　常　・　異　常 |
| | 出生又は死産等の別 | 生産・死産(妊娠　　か月)<br>他（　　） | 療養の給付の対象となった入院期間 | 令和　　年　　月　　日から<br>令和　　年　　月　　日まで |
| | 上記のとおり証明します。<br>令和　　年　　月　　日<br>証明者　所　在　地<br>医　療　機　関　名<br>医師・助産師氏名 | | | |

| 標準報酬月額 | 等級　　円 | 請求期間 | 令和　　年　　月　　日から<br>令和　　年　　月　　日まで | 支給開始日 | ※<br>令　和　　年　　月　　日 |
|---|---|---|---|---|---|

| 各月休業取得日数 | 月分 | 月分 | 月分 | 月分 |
|---|---|---|---|---|
| | 日 | 日 | 日 | 日 |
| 請　求　金　額 | 円 | 円 | 円 | 円 |

上記のとおり請求します。

京都府市町村職員共済組合理事長　様

令和　　年　　月　　日

請求者　住　所<br>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　職　名<br>氏　名

令和　　年　　月　　日から　令和　　年　　月　　日まで出勤しなかった期間に対して、
次の金額の報酬を支払ったことを証明する。

令和　　年　　月　　日
令和　　年　　月　　日　　間　　円

令和　　年　　月　　日
令和　　年　　月　　日　　間　　円

令和　　年　　月　　日
令和　　年　　月　　日　　間　　円

令和　　年　　月　　日
令和　　年　　月　　日　　間　　円

令和　　年　　月　　日

所　属　所　長　　職　名
又　は
給与事務担当者　　氏　名

１　請求期間は、出産日（出産日が出産予定日後であるときは、出産予定日）以前４２日（多胎妊娠の場合
９８日)、出産日後５６日までの間です。
２　退職後の出産にかかる請求書の場合は出産時に加入されていた健康保険がわかる書類の写しを添付してください。
３　所属所長又は給与事務担当者の証明を受けたうえ、提出してください。
４　「出産予定日及び出産に関する医師又は助産師の証明欄」及び「報酬の支払い証明欄」の記入内容に訂正が
ある場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。
５　**※印欄は記入しないでください。**