

<特別休暇（産前産後休暇）中に退職した場合>

様式第9号

出産手当金請求書

決定額 ※ 円

組合員証記号番号	組合員名前	所属機関	
△△△△-△△△△	共 済 花 子	名 称	〇 〇 市
		所在地	〇〇市〇〇町
出 産 年 月 日	組 合 員 資 格		
△△△△年 △月 △日	取 得	△△△△年 △月 △日	喪 失 年 月 日
勤務できなかった期間	請 求 期 間	支給日数	レセプト確認
△△△△年 △月 △日から △△△△年 △月 △日まで	△△△△年 △月 △日から △△△△年 △月 △日まで	※ 日	※
標準報酬の等級及び月額	調 整 額	請 求 額	
15 等級 240,000 円	※ 円	円	
出産に関する 医師又は助産 師の証明	<p>共 済 花 子 は、△△△△年 △月 △日に、(多胎) 出産 (正常)・異常 (妊娠 ヲ月) ) したことを証明する。</p> <p>上記出産について、予定日は、△△△△年 △月 △日であったことを証明する。</p> <p>△△△△年 △月 △日</p> <p>住 所 〇〇市〇〇町△-△-△ 証 明 者 名 前 鈴 木 五 郎</p>		
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>広島県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>△△△△年 △月 △日 請 求 者 住 所 〇〇市〇〇町△-△-△ 名 前 共 済 花 子</p>			
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>△△△△年 △月 △日 職 名 〇 〇 市 長 所 属 所 長 名 前 〇 〇 〇 〇</p>			

<添付書類>

○報酬支給額証明書及び出勤簿の写し