

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			
		名 称			
		所 在 地			
出 産 年 月 日	組 合 員 資 格				
年 月 日	取 得	年 月 日	喪 失	年 月 日	
勤務できなかつた期間	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		
等級 円	※ 円		円		
出産に関する 医師又は助産 師の証明	<p>_____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>証 明 者 住所 名前</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</p> <p>請 求 者 住所 名前</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</p> <p>所 属 所 長 職 名 名前</p>					

共済組合受付日付印	上記のとおり決定してよろしいか。				
	課 長	課長補佐	係 長	主 務	係

(注) 1. 組合員証記号番号欄は、組合員証の記号番号又は個人番号を記入してください。
 2. 請求期間の翌月に報酬支払額証明書及び出勤簿の写しを添付のうえ、組合に提出してください。
 3. 多胎妊娠の場合で、上記出産に関する証明が助産師の証明である場合は、別に、多胎妊娠である旨の医師の証明書を添付してください。

(この請求書に記載された事項は、電子計算組織に登録し処理を行います。)