

< 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
組合員等記号・番号	組合員名前	所属機関		
△△△△△-△△△△△	共済花子	名称	○○市	
		所在地	○○市○○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 180,000 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 カ月) 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 証明者</p> <p>住所 ○○市○○町△-△-△ 名前 鈴木五郎</p>			
<p>上記のとおり請求します。 広島県市町村職員共済組合理事長様</p> <p>△△△△年△月△日 請求者</p> <p>住所 ○○市○○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 所属所長</p> <p>職名 ○○市長 名前 ○○○○</p>				

<添付書類>

○報酬支給額証明書及び出勤簿の写し