

課長	課長補佐	係長	係	関係職員

出産手当金請求書

退職した日の翌日を記入してください。

組合員証記号番号	組合員氏名	生年月日	所属所名
○○○	静岡 花子	昭和 平成 令和	○○市
資格取得年月日	資格喪失年月日		
昭和 平成 令和	令和		
出産年月日	出産予定日	支給開始年月日	
令和	令和	令和	
勤務できなかった期間	請求期間		
令和	令和		
出産に関する 医師又は 助産師の証明	1. 出産した者の氏名 2. 出産年月日 令和 年 月 日 (妊娠 週) 3. 出産予定日 令和 年 月 日 4. 多胎妊娠の場合 上記のとおり証明します。 令和 年 月 日 住所 証明者 氏名 (署名又は記名押印)		
標準報酬(短期)	等級	月額	円
	○	○	○
給付種別	請求金額	支給日数	決定金額
出産手当金	○○○○○		
上記のとおり請求します。 静岡県市町村職員共済組合理事長 様 令和 ○○年 ○○月 ○○日 請求者 住所 ○○市○○町1-2-3 氏名 静岡 花子			
上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。 令和 ○○年 ○○月 ○○日 所属所長 職名 ○○市長 氏名 ○○ ○○			

- 上記期間の報酬額を確認するため、「報酬支給額証明書」を添付してください。
- 欄は、記入しないでください。