

課長	課長補佐	主幹・係長	係	関係職員

出産手当金請求書

組合員証記号番号		組合員氏名		生 年 月 日			所 属 所 名			
				昭和 平成 令和	年	月	日			
資 格 取 得 年 月 日				資 格 喪 失 年 月 日						
昭和 平成 令和 年 月 日				令和 年 月 日						
出 産 年 月 日			出 産 予 定 日			支 給 開 始 年 月				
令和 年 月 日			令和 年 月 日			令和 年 月				
勤 務 で き な か っ た 期 間					請 求 期 間					
令和 年 月 日 から					令和 年 月 日 から					
令和 年 月 日 まで					令和 年 月 日 まで					
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		円		日		円				
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 住 所 請 求 者 氏 名										
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 職 名 所属所長 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。