

# 出産手当金請求書

照 合	係

決 定 額	※	円
-------	---	---

組合員証 記号番号		組 合 員 氏 名		所 属 機 関 名					
資格取得 年月日	平成 令和	年	月	日	資格喪失 年月日	令和	年	月	日
出産年月日	令和	年	月	日	出産予定日	令和	年	月	日
勤務できな かった期間	令和	年	月	日から	請求期間	令和	年	月	日から
	令和	年	月	日まで		令和	年	月	日まで
標準報酬の等級 及び月額	第	級	円	請求金額	円				
出産に 関 する 医 師 又 は 助 産 師 の 証 明	出産年月日 令和 年 月 日 (正常・異常) (単胎・多胎 児)								
	出産予定日 令和 年 月 日								
	上記のとおり証明する。								
	令和 年 月 日 住 所 証 明 者 氏 名								
上記のとおり請求します。 愛知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、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 職 名 所属所長 氏 名									

※印欄は記入しないでください。