

# 出 産 手 当 金 請 求 書

※太線枠内を記入してください

組 合 員 証 号 記 号 ・ 番 号	999 - 99999	所 属	〇〇〇 局 〇〇〇 区 〇〇〇 課
出 産 者 氏 名	共 済 花 子	出 産 予 定 日	平成 〇〇 年 1 月 31 日
		出 産 日	平成 〇〇 年 2 月 1 日
資 格 取 得 年 月 日	昭 和 〇〇 年 4 月 1 日 平 成	給 料	表 〇〇 級 〇〇 号 給 〇〇〇,〇〇〇 円
資 格 喪 失 年 月 日	平 成 年 月 日		
勤 務 で き な か っ た 期 間	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ~ 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
請 求 期 間	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ~ 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
上記のとおり請求します。		組合員名義の 振込先金融機関名	
<u>なお、産前 〇〇 日については就業していません。</u>		..... みなと 銀行 駅前 支店	
平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		普通 口座番号 9999999	
横浜市職員共済組合理事長 様		(〒 123-4567 )	
		住 所 横浜市 〇△区 □△町 999番地	
		組 合 員 氏 名 共 済 太 郎 (共済印)	

※請求書中の訂正は、請求印と同印をお願いします。

組 合 査 定 額	支 給 期 間	給 料 日 額	支 給 率	手 当 日 額	日 数	支 給 額
	自 平成 年 月 日		×1.00			
	至 平成 年 月 日		$\frac{2}{3}$ ×1.25			¥ _____

医 師 また は 助 産 師 の 証 明	出 産 者 氏 名		出 産 予 定 日	平成 年 月 日	
			出 産 日	平成 年 月 日	
	出 生 児 の 数	児			
	生 産 ・ 死 産 流 産 の 別	生 産 死 産 (妊娠第 週) 流 産 胎児が85日以上生存していたことを認める。			
上記のとおり相違ありません。					
平成 年 月 日					
医療機関名・所在地					
医 師 名 または助産師名 (印)					

所 属 機 関 の 長 の 証 明	勤 務 し な か っ た 期 間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間
	こ の 期 間 中 給 料 の 支 払 い の あ っ た と き は 期 間 と 金 額	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間 円
	上記のとおり相違ないことを証明します。		
平成 年 月 日			所属機関の長 公印

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 年 月 日

所 属 決 裁 欄	所 属 長	課 長	係 長	係 員		職 名
					所属所長	氏 名 (印)