

# 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 記号・番号	—	所属	局 区	課
フリガナ		出産予定日	平成 年 月 日	
出産者氏名		出産日	平成 年 月 日	
資格取得年月日	昭和 年 月 日	資格喪失年月日	平成 年 月 日	
勤務できなかった期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
請求期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 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 日については就業していません。</u>		銀行 支店		
平成 年 月 日	普通 口座番号			
横浜市職員共済組合理事長 様	(〒 - )			
	住所			
	組合員 氏名		(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	標準報酬日額	支給率	手当日額	日数	支給額
	自 平成 年 月 日		2			¥ _____
	至 平成 年 月 日		3			

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 による 証明 欄	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
	この期間中支給済の報酬(手当を含む給与の総額)の支給期間、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)				

共済 組合 事務 担当 課 長 記 載 欄	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			
	共済組合事務担当課決裁欄			
	課長	係長	係員	
	所属所長 職名 _____ または 職務代決者 氏名 _____		(印)	