

記入例

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・番号	100 - ×××××××	所属	〇〇 局 〇〇〇 課
フリガナ	キョウサイ ハナコ	出産予定日	平成・令和 31年 4月 28日
出産者氏名	共済 花子	出産日	平成・令和 元年 5月 3日
資格取得年月日	昭和 平成 28年 4月 1日	資格喪失年月日	平成・令和 31年 4月 1日
勤務できなかった期間	平成・令和 31年 3月 18日～平成 令和 31年 3月 31日		
請求期間	平成・令和 31年 4月 1日～平成 令和 元年 6月 27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	
なお、産前 〇〇日については就業していません。		出産休暇を取得している職員は給料が支払われているので支給対象にはなりません。	
令和〇〇年〇〇月〇〇日	横濱市職員共済組合理事長 様	〒〇〇〇 - 〇〇〇〇	住所 横濱市中区〇〇〇2丁目2-2
		普通 口座番号	9999999
		銀行	港湾 支店
		組合員 氏名(自署)	共済 花子 (自署のときは省略可)

※請求書中の訂正は、請求印と同印をお願いします。

組合員 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・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日		$\frac{2}{3}$			¥
医師または助産師の証明	出産者氏名	出生児の数	生産	死産	流産	胎児が85日以上生存していたことを認める。
	出生児の数	児	生産	死産	流産	
	生産・死産 流産の別	生産	死産	流産		
	上記のとおり相違ありません。	令和 年 月 日	医療機関名・所在地	医師名 または助産師名	医師、助産師の証明が必要です。	
所属機関による証明欄	勤務しなかった期間	年 月 日から	年 月 日から	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	年 月 日から	年 月	円	在職していた所属の共済組合事務担当課へご提出ください。	
	上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 年 月 日	所属機関の長	公印		
担当共済課組合事務欄	上記の記載事項は、事実と相違ありません。		令和 ××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 または 職務代決者	職名
	印	印	印	氏名	総務課・人事課・職員課等の共済事務担当課で記入・決裁をお願いします。	