

# 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・令和	年 月 日
出 産 者 氏 名		出 産 日	平成・令和	年 月 日
資格取得年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	資格喪失年月日	平成・令和 年 月 日
勤 務 でき な かつ た 期 間	平成・令和 年 月 日～平成・令和 年 月 日			
請 求 期 間	平成・令和 年 月 日～平成・令和 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	
令和 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(自署) <span style="float: right;">(印)</span>	
			(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 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・令 年 月 日		2			
	至 平成・令 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・令和 年 月 日	
			出 産 日	平成・令和 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。				
	令和 年 月 日				
	医療機関名・所在地				
	医 師 名 または助産師名 <span style="float: right;">(印)</span>				

所属 機関による 証明欄	勤 務 し な かつ た 期 間	年 月 日から	日 間
		年 月 日から	
	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	日 間 円
	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 <span style="float: right;">(公印)</span>		

担 共 当 共 課 組 記 合 載 事 欄 務	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			所属所長 職 名 _____ または 氏 名 _____ 職務代決者
	課 長	係 長	係 員	