

# 出産手当金請求書

共済組合  
受付年月日

所属所  
受付年月日

					※決定額	円	
組合員証	記号		フリガナ		所属機関	名称	
	番号		組合員氏名			所在地	
組合員					任意継続組合員		
資格取得日	昭和 平成 令和 年 月 日				令和 年 月 日		
資格喪失日	令和 年 月 日				令和 年 月 日		
出産予定日	令和 年 月 日	出産日	令和 年 月 日	出産(予定)児の数		単胎・多胎( 児)	
勤務できな かった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	請求期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				
支給開始 年月日	令和 年 月 日	他の社会保険への 加入の有無	有 (令和 年 月 日から 保険加入) 無				
標準報酬 月額(短期)	等級	円	請求金額	円			
請求期間に対する 報酬の支給の有無 (いずれかに○をしてくだ さい)		有	(別添、報酬支給額証明書のとおり)				
		無	所属機関の長又は 給与事務担当者 職名 氏名				
又は出 産に 産助 に 産関 する 証 明 師	出産年月日	令和 年 月 日	出産予定日	令和 年 月 日			
	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)	出産児の数 (予定)	単胎・多胎( 児)			
	上記のとおり証明します。 令和 年 月 日 住所 証明者 氏名 (医師又は助産師) TEL - -						
上記のとおり請求します。 鳥取県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 請求者 住所 氏名							

(注)

- 1 医師又は助産師の証明を受けてください。
- 2 報酬の支給の有無欄は、所属機関の長または給与事務担当者の証明を受けてください。
- 3 ※印欄は記入しないでください。

※決 裁	事務局長	事務局次長	課長	合議	主査

<出産手当金>

- 組合員が出産したため、出産の日(出産の日が出産の予定日後であるときは、出産の予定日)以前42日(多胎妊娠の場合は98日)から出産の日後56日までの間で、報酬の一部又は全部が支給されない場合は、勤務に服することのできなかつた期間1日につき標準報酬日額に2/3を乗じた額を支給します。
- 1年以上組合員であった者が、退職の際に出産手当金を受けていた場合、引き続き支給します。

○「請求金額」欄は、金額が不明な場合は記入不要です。

○添付書類

請求書中の証明のみで特になし。

※請求書中の勤務しなかつた期間の報酬証明については、支給額が0円であっても証明してください。