

所属所受付印

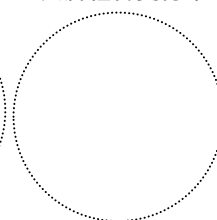
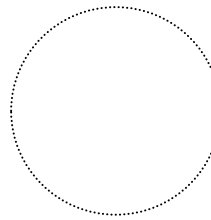
共済組合受付印

給付種別

220

出産手当金請求書

令和 年 月分～ 月分



組合員証記号番号 又は個人番号				※欄は記入しないでください。			
組合員氏名				所属機関名			
標準報酬月額	____等級 円			請求金額	円		
※資格取得日	平成 令和	年	月	日	出産年月日	令和	年 月 日
※資格喪失日	令和	年	月	日	(出産予定日)	令和	年 月 日
勤務できなかった期間	令和	年	月	日	～	令和	年 月 日
請求期間	令和	年	月	日	～	令和	年 月 日

「出産についての医師又は助産師の証明欄」

出産した者の氏名		生産死産の別	☐ 生産 ☐ 死産 (妊娠____週)
出産年月日	令和 年 月 日	出生児の数	☐ 単胎 ☐ 多胎(人)
(出産予定日)	令和 年 月 日		

上記の記載事項に誤りがないことを証明します。
令和 年 月 日

所在地
医療機関等名
医師・助産師名

⑩

上記のとおり請求します。

岡山県市町村職員共済組合理事長 様
令和 年 月 日

住所
請求者
氏名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。
令和 年 月 日

職名
所属所長
氏名

〔添付書類〕

(2022.1改訂)

- ・出勤簿の写し ・給与簿の写しに原本証明したもの又は報酬支給額証明書
・出産に伴う休暇等に関する条例・規則等の写し

以下は、共済組合使用欄につき、記入不要です。

局長	課長	課長補佐	係長	係	決定年月日									
支給年月		支給日数	決定額			合計日数	合計決定額							
令和	年 月	日				円	日						円	
令和	年 月	日				円								
令和	年 月	日				円								