

所属所受付印

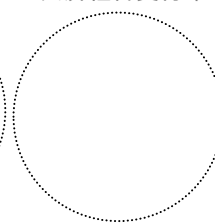
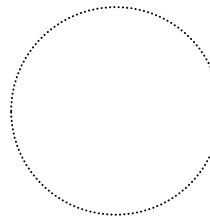
共済組合受付印

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	〇〇〇-123456			※欄は記入しないでください。					
組合員氏名	共済 花子			所属機関名	〇〇市				
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	〇〇	〇〇	〇〇
※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	〇〇	〇〇	〇〇	～	令和	〇〇	〇〇	〇〇
請求期間	令和	〇〇	〇〇	〇〇	～	令和	〇〇	〇〇	〇〇

「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		
この欄は医療機関（医師）に 記入してもらってください			

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
氏名〇〇市△△町〇-〇-〇
共済 花子

上記記載事項は、事実と相違がないことを証明する

この欄は所属所担当課で記入します

〔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	日	円	
令和 年 月	日	円	日	円	