

出産手当金請求書

職員番号（独法職員のみ）

地方職員共済組合大阪府支部長 様

下記のとおり請求します。

令和 年 月 日

組合員氏名	組合員（記号）番号	(地・大阪)	所属名
-------	-----------	--------	-----

資格取得年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	資格喪失年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
---------	--	---------	--

出産年月日	令和 年 月 日	勤務できなかった期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
-------	----------	------------	----------------------------

出産予定日	令和 年 月 日	請求期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
-------	----------	------	----------------------------

請求金額	円
------	---

医師又は助産師の証明
※診断書（写し）も可

令和 年 月 日 は、
出産・死産・早流産（妊娠 週 日）したことを証明する。

令和 年 月 日
住所
証明者
氏名

郵便番号 〒 ー

連絡先 住所

自宅 携帯 Tel :

※下記は記入不要です

共済受付 /処理欄	受付日 年 月 日	所属所 受付 /処理欄	受付日 年 月 日
	処理日 年 月 日		処理日 年 月 日

決定額	円
-----	---

【記入例】

出産手当金請求書

職員番号（独法職員のみ）

地方職員共済組合大阪府支部長 様

下記のとおり請求します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

組合員氏名	組合員（記号）番号	(地・大阪)	所属名
共済 花子	3 0 1 2 3 4 5 6 7 8		総務サービス課

資格取得年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	資格喪失年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
出産年月日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	勤務できなかった期間	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 から 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 まで
出産予定日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	請求期間	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 から 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 まで

請求金額	記入不要	円
------	------	---

医師又は 助産師の証明 ※診断書（写し） も可	令和 年 月 日	は、
	出産 ・ 死産 ・ 早流産（妊娠 週 日）したことを証明する。	
	令和 年 月 日	
	住所	
	証明者	
	氏名	

郵便番号	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇
住所	大阪府〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号
連絡先	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 Tel: 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

※下記は記入不要です

共済受付 /処理欄	受付日	年	月	日	所属所 受付 /処理欄	受付日	年	月	日
	処理日	年	月	日		処理日	年	月	日

決定額	円
-----	---