

出産手当金請求書

* 必ず記入要領をご覧ください。

① 組合員証の記号番号				② 組合員氏名				③ 所属所名			
-											
④ 資格取得年月日				⑤ 資格喪失年月日				⑥ 出産年月日			
年 月 日				令和 年 月 日				令和 年 月 日			
⑦ 出産予定年月日				⑧ 給付事由が生じた日の属する月の標準報酬の月額							
令和 年 月 日				等級				円			
⑨ 勤務できなかった期間				令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日							
⑩ 請求期間				令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日							

医師・助産師が証明するところ					
出産者氏名			正常出産・異常出産の別	正常 ・ 異常	
出産年月日	令和 年 月 日	出産予定年月日	令和 年 月 日		
生産又は死産の別	出産・死産 (妊娠 週間)	出生児数	単胎・多胎 (児)		
上記のとおり相違ないことを証明する。					
令和 年 月 日					
住所 (所在地)					
医療機関等の名称					
医師・助産師氏名					
印					

～医師又は助産師へのお願い～

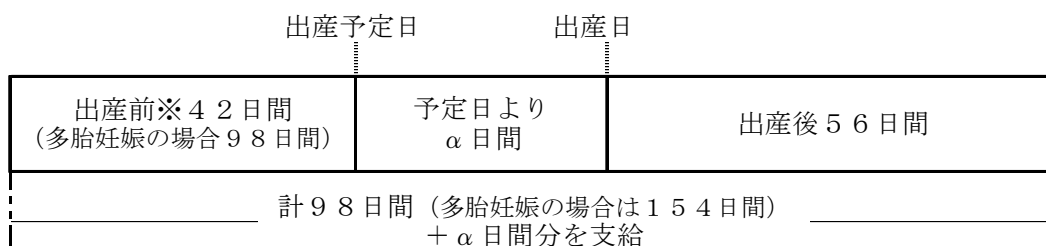
「出産又は死産の別」の欄は、該当する箇所を○で囲み、死産の場合は、妊娠4か月以上(85日以上をいいます。)経過している場合のみ証明してください。

報酬の支払い状況 (退職後の請求の場合は記入不要)					
令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	日分	円	
令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	日分	円	
請求者の令和 年 月 日から令和 年 月 日まで勤務に服さなかった期間に対する報酬の支払い状況は上記のとおりです。					
給与事務担当者 氏名					
印					

上記のとおり請求します。					
福井県市町村職員共済組合 理事長 様					
令和 年 月 日					
請求者氏名					
(自署の場合、押印は不要です。)					
印					
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					
印					

【 出産手当金請求書 記入要領 】

- (1) 出産後 5 6 日経過後に請求し、⑥欄に出産日、⑦欄に出産予定日、⑧欄に給付事由が生じた月の標準報酬の月額を記入してください。
- (2) 出産手当金の請求期間内に退職された場合（※）には、⑤欄に退職日の翌日を記入してください。
 ※ 1 年以上組合員であった方が、下記の図の期間内に退職された場合。ただし、他の組合（公務員）の組合員の資格を取得したときは資格取得日以降分については支給対象外となります。
- (3) ⑩欄は、下記の図を参考に記入してください。



※ 出産の日が出産の予定日後であるときは、出産の予定日前