

出産手当金 請求書

種別	登録番号
43	

所属所名		出産年月日	年 月 日
組合員氏名		出産予定日	年 月 日
組合員番号		今回出産児数 (流・死産含む)	人
資格取得日 (任意継続組合員の場合はその資格取得日)	年 月 日	勤務できなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで
資格喪失日 (任意継続組合員の場合はその資格喪失日)	年 月 日	請求期間	年 月 日から 年 月 日まで
給料	給料表 () 級 号給 円	請求金額	円
標準報酬月額	第 級 円	支給金額	円

●太線枠内を記入してください

出産予定日及び出産に関する医師又は助産師の証明	
の出産予定日は、 年 月 日であり、その(出産・死産・早産・流産(該当箇所には○を付けてください。))は、 年 月 日(妊娠 ヵ月、出産児数 人)であることを証明します。	
年 月 日	住所
証明者(医師又は助産師) 名 称	
氏 名	印

上記のとおり請求します。 東京都職員共済組合理事長 殿 年 月 日 請求者 住所 氏 名	退職者の場合 電話番号 () 〒
印	
*請求者の「氏名」欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。	

共済組合
決定欄
課長

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 職 名 所属所長 氏 名 担当者 電話番号	共済組合受付印 印
---	--------------

課長代理

担 当

[注意事項]

- 1 妊娠出産休暇時に支払われる報酬額が手当金の金額より多い場合は支給対象となりません。
- 2 退職者は支給対象外です。ただし、組合員期間が1年以上で、退職日までに支給事由が発生していた場合は支給対象となります。

[添付書類]

- 1 報酬支給額証明書 ※ 現職時の請求期間のみ
- 2 出勤簿(写) (産前産後の休暇を取得した期間)
- 3 出産手当金証明書 ※ 退職後の給付を受ける場合

記入例

出産手当金 請求書

種別	登録番号
43	

所属所名	〇〇区	出産年月日	年 月 日
組合員氏名	共済 花子	出産予定日	母子手帳等を参考に記入してください。
組合員番号	0 1 2 3 4 5 6 7	今回出産児数 (流・死産含む)	人
資格取得日 <small>(任意継続組合員の場合はその資格取得日)</small>	〇〇年 12月 1日	勤務できなかった期間	年 月 日から
資格喪失日 <small>(任意継続組合員の場合はその資格喪失日)</small>	年 月 日	請求期間	年 月 日まで
給料	給料表(行一) 2級 50号給 291,000円	請求金額	計算して必ず記入してください。円
標準報酬月額	第 20 級 340,000円	支給金額	円

●太線枠内を記入してください

出産予定日及び出産に関する医師又は助産師の証明

の出産予定日は、年 月 日であり、その(出産・死産・早産・流産(該当箇所○を付)の出産児数 人)であること

年 月 日

住所

証明者(医師又は助産師) 名称

氏名

医師又は助産師が記入する部分です。

上記のとおり請求します。

東京都職員共済組合理事長 殿

退職者の場合
電話番号 ()
〒 111-1111

住所 〇〇県〇〇市△△1-1-1

請求者 氏名 共済 花子

請求期間以降の日付にしてください。

*請求者の「氏名」欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。

共済組合 決定欄
課長
課長代理
担当

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

組合員請求日以降の日付にしてください。

職名 〇〇区長

所属所長

氏名 所 雅治 公印

担当者 戸山 恵美子 電話番号 03-XXXX-△△△△

共済組合受付印

[注意事項]

- 1 妊娠出産休暇時に支払われる報酬額が手当金の金額より多い場合は支給対象となりません。
- 2 退職者は支給対象外です。ただし、組合員期間が1年以上で、退職日までに支給事由が発生していた場合は支給対象となります。

[添付書類]

- 1 報酬支給額証明書 ※ 現職時の請求期間のみ
- 2 出勤簿(写) (産前産後の休暇を取得した期間)
- 3 出産手当金証明書 ※ 退職後の給付を受ける場合