

出産手当金請求書

		決定金額	※ (共済組合記入欄)		円
所属所コード	所属所名	組合員等記号・番号		組合員氏名	
		公立福井			
資格取得年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	資格喪失年月日	令和	年 月 日
出産予定年月日	令和	年 月 日	出産年月日	令和	年 月 日
標準報酬月額		請求日数		請求金額	
級		円	日	円	
勤務できなかった期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
請求期間 (月単位でご請求ください)		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
医師または助産師の証明		令和 年 月 日 _____ は			
		出産(正常・異常分娩)、死産、流産(妊娠 週)したことを証明します。			
		令和 年 月 日			
		証明者	住所		
				氏名	(印)
<p>令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで出勤しなかった期間に対して、 次の金額の給料を支払った事を証明します。</p> <p>令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 円</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所属所長または 職名 給与事務担当者 氏名</p>					
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">公立学校共済組合福井支部長 殿</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">請求者 住所 氏名</p>					
<p>上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所属所名 所属所長職氏名</p>					