

(給付様式第10-2号)

出産手当金請求書

										決定額	※	円
組合員等 記号・番号	公立神奈川									組合員氏名		
所属コード 所属所名										所属所 電話番号		
資格取得 年 月 日	年 月 日						(退職者のみ) 資格喪失年月日	年 月 日				
出産年月日	年 月 日						標準報酬月額	円				
出産予定日	年 月 日											
勤務できな かった期間	年 月 日から 年 月 日											
請求期間	年 月 日から 年 月 日まで						請求金額					円
医師または 助産師の証明	年 月 日出産予定の(氏名)は、 年 月 日に <input type="checkbox"/> 出産(単・多胎 人) <input type="checkbox"/> 死産・流産(単・多胎 人、妊娠 週(日)) したことを証明します。 年 月 日 証明者 住所 医療機関名 医師名 (印)											
上記のとおり、出産手当金を請求します。 公立学校共済組合神奈川支部長 殿 年 月 日 請求者(署名)												

- 添付書類 1 出勤簿の写し(所属所長の原本証明のあるもの)
2 請求月の給与報酬支給額証明書(給付様式第10-10-1号)
3 退職や配偶者同行休業の場合は人事異動通知書の写し(所属所長の原本証明のあるもの)

所属所文書受付印

共済組合文書受付印

<提出先・問合せ先>

〒231-8309 横浜市中区日本大通5-1
公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ
電話 (045)210-8179

(給付様式第10-2号)

出産手当金請求書

		決定額		※		円													
組合員等 記号・番号	公立神奈川			〇	〇	〇	〇	〇	〇	組合員氏名	共済 花子								
所属コード	〇	〇	〇	〇	〇〇市立〇〇小学校				所属所 電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇									
資格取得 年月日	〇〇年			4	月	1	日	(退職者のみ) 資格喪失年月日	年 月 日										
出産年月日	〇年			2	月	16	日	標準報酬月額	440,000円										
出産予定日	〇年			2	月	21	日												
勤務できな かった期間	〇年			1	月	6	日	から	〇年			4	月	13	日				
請求期間	〇年			1	月	6	日	から	〇年			4	月	13	日	まで	請求金額	933,310 円	
医師または 助産師の証明	〇年 2 月 21 日出産予定の(氏名 共済 花子)は、 〇年 2 月 16 日に、 <input checked="" type="checkbox"/> 出産(単・多胎 人) <input type="checkbox"/> 死産・流産(単・多胎 人、妊娠 週(日)) したことを証明します。 〇年 〇月 〇日 証明者 住所 〇〇市〇〇区〇〇町1-2-3 医療機関名 〇〇産婦人科医院 氏名 院長 △△△△																		
上記のとおり、出産手当金を請求します。 公立学校共済組合神奈川支部長 殿 〇年 〇月 〇日 請求者(署名) 共済 花子																			

- 添付書類 1 出勤簿の写し(所属所長の原本証明のあるもの)
2 請求月の給与報酬支給額証明書(給付様式第10-10-1号)
3 退職や配偶者同行休業の場合は人事異動通知書の写し(所属所長の原本証明のあるもの)

所属所文書受付印
〇〇市立 〇〇〇〇学校
〇〇年〇月〇日
收受印

共済組合文書受付印

<提出先・問合せ先>

〒231-8309 横浜市中区日本大通5-1
公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ
電話 (045)210-8179