

(給付様式第10-2号)

# 出産手当金請求書

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