

(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									
																			☐		出産(単・多胎				人)					
																			☐		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		⑩	
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 様																														
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7
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 所属所名	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、 ☒ 出産(単・多胎 人) ☐ 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 △△△△ 証明印											
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 様 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
収受印

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7
公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ
電話 (045)210-8179