



所属所受付印

出産手当金請求書

		決定額		円	
所属機関名		氏名			
所属所コード		組合員証 記号番号		公立宮崎 第 号	
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
出産年月日	令和 年 月 日		給 料	標準報酬等級	第 級
勤務できなかつた 期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			標準報酬月額	円
病院又は 診療所名 及び所在地					
出産に関する医師 又は助産婦の証明	出産予定年月日	令和 年 月 日	単胎・多胎の別	単・多	
	令和 年 月 日出産（正常・異常）したことを証明します。 令和 年 月 日 住所 医療機関名 氏名 ㊟				
請求期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	請求金額		円	
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合宮崎支部長 殿 令和 年 月 日 請求者 住所 氏名					
上記の記載事項は、事実と相違ないものとして認め提出します。 令和 年 月 日 住所 所属所名 所属所長 職氏名 (電話番号)					

※給与支払額証明書（様式集45ページ）を添付してください。

※請求金額は空欄で結構です。