



出産手当金請求書

所属所受付印

		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		年 月 日		資格喪失 年月日	
年 月 日		年 月 日		年 月 日	
出産年月日		年 月 日		標準報酬等級 第 級	
勤務できなかった 期 間		年 月 日から 年 月 日まで		給 料	
病院又は 診療所名 及び所在地				標準報酬月額 円	
		出産予定年月日		年 月 日	
				単胎・多胎の別	
				単・多	
出産に関する医師 又は助産婦の証明		年 月 日出産（正常・異常）したことを証明します。 年 月 日 住所 医療機関名 氏名 ㊟			
請求期間		年 月 日から 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 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。 年 月 日 所属所名 所属所長 職氏名 (電話番号)					

※44 ページと両面コピーをして使用してください。

※請求金額は空欄で結構です。