



所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号
※決定額	
円	
※附加金決定額	
円	

出産手当金請求書 (休業給付)

組合員氏名	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)	資格取得日	昭和 平成 年 月 日
(生年月日)		退職年月日	平成 年 月 日
出産予定日	平成 年 月 日	勤務できな かった期間	平成 年 月 日 から
出産年月日	平成 年 月 日		平成 年 月 日 まで
請求期間の 標準報酬月額	等級 第 級 円	請求期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで
医師又は 助産師の証明	(出産者名) _____ は、出産予定日は 平成 年 月 日 であったが、 平成 年 月 日 に 出産 (多胎) ・ 死産 ・ 流産 (妊娠85日以上) したことを 証明する。 平成 年 月 日 医療機関名 _____ 医師氏名 _____ (印)		

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合奈良支部長 殿

平成 年 月 日

請求者 { 住所 \_\_\_\_\_ (印)  
 職名・氏名 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

注意事項  
1、※印欄は記入しないでください。