



※退職後の請求なので
受付印不要

※記入例

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号
福利中学校	平城 京子
5 5 0 0 0 0	1 2 3 4 5 6
※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	平城 京子	資格取得日	昭和 平成 22 年 4 月 1 日
(生年月日)	昭和・平成 55 年 10 月 20 日 (35 歳)	退職年月日	平成 27 年 10 月 31 日
出産予定日	平成 年 月 日	勤務できな かった期間	平成 27 年 11 月 1 日 から
出産年月日	平成 27 年 12 月 20 日		平成 年 月 日 まで
請求期間の 標準報酬月額	等級 第 15 級 240000 円	請求期間	平成 27 年 11 月 1 日 から 平成 年 月 日 まで
医師又は 助産師の証明	(出産者名) 平城 京子 は、出産予定日は 平成 27 年 12 月 18 日 であったが、 平成 27 年 12 月 20 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 27 年 12 月 27 日 医療機関名 ○○市○○町 ○○病院 医師氏名 勝 海舟		
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 28 年 1 月 8 日 〒 630-8213 住 所 奈良市登大路町888-8 職名・氏名 教諭 平城 京子 電話番号 0742-22-XXXX			

注意事項
1、※印欄は記入しないでください。