

出産手当金・休業手当金 請求書

組合員証番号				組合員氏名				所属所コード				所属所名			
資格取得年月日				資格喪失年月日				短期掛金の基礎となる標準報酬							
<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日			<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日			等級	級			月額	円		
請求期間 (月単位)								日数				請求額 円			
<input type="checkbox"/> 令和	年 月 日から			<input type="checkbox"/> 令和	年 月 日まで			日							
勤務できなかった期間												請求額 円			
<input type="checkbox"/> 令和	年 月 日から			<input type="checkbox"/> 令和	年 月 日まで										

* 出産手当金の場合

医師又は助産師の証明欄	出産予定年月日				出産年月日				出生児の数	正常・異常分娩の別
	<input type="checkbox"/> 令和	年 月 日			<input type="checkbox"/> 令和	年 月 日			単胎・多胎 (いずれかを○で囲む)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常(妊娠 週)
上記のとおり相違ないことを証明します。										
令和 年 月 日										
所在地										
分娩機関 名称										
医師または助産師名										

* 休業手当金の場合

勤務できなかった理由	被看護人 氏名・続柄									
()										
上記の記載事項は事実と相違なく、地方公務員等共済組合法第70条_____号に該当することを証明します。										
令和 年 月 日										
所属機関名										
所属機関の長 職・氏名										

所属所受付	上記のとおり請求します。 公立学校共済組合大分支部長 殿 令和 年 月 日 住 所 <請求者> 氏 名									
支部受付	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 所属機関所在地 <所属機関の長> 所属機関名 職・氏名									
印										

事務担当者 _____

連絡先 所属所 学校支援センター

連絡先電話番号 _____