

出産手当金・休業手当金 請求書

組合員等記号・番号						組合員氏名				所属所コード				所属所名			
公立 大分																	
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							
☐ 昭和 ☐ 平成	年 月 日					☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日			等級	級			月額	円		
請求期間（月単位）										日数				請求額		円	
☐ 令和	年 月 日から					☐ 令和	年 月 日まで			日							
勤務できなかった期間																	
☐ 令和	年 月 日から					☐ 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
	☐ 令和	年 月 日			☐ 令和	年 月 日			単胎・多胎 (いずれかを○で囲む)	☐ 正常 ☐ 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