

# 出産手当金請求書

決定額 ※ 円

組合員等記号・番号	公立阪										所属所名	
職名											資格取得年月日	平成・令和 年 月 日
											資格喪失年月日	令和 年 月 日
フリガナ											出産予定日	令和 年 月 日
組合員氏名											出産年月日	令和 年 月 日
											標準報酬の月額	
勤務(労務)できなかった期間		令和 年 月 日		から		令和 年 月 日		まで				
請求期間(暦月単位)		令和 年 月 日		から		令和 年 月 日		まで				

出産予定日に関する 医師または助産師の 意見書(1)	出産予定日は 令和 年 月 日です。	
	令和 年 月 日	住所
	(医師・助産師)	氏名 <span style="float: right;">①</span>

医師または 助産師の証明(2)	令和 年 月 日 _____様は(正常・異常)出産・双生児出産、 死産、流産(妊娠 箇月又は妊娠 週)したことを証明します。	
	令和 年 月 日	住所
	証明者(医師・助産師)	氏名 <span style="float: right;">①</span>

上記のとおり請求します。		請求金額	円
公立学校共済組合大阪支部長 様		郵便番号	_____
		電話	_____
令和 年 月 日 請求者		住所	_____
		フリガナ	_____
		氏名	_____

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	
所属所名	
所属所長	職名 氏名
電話番号	
所属所受付印	※受付印がない場合は 公印を押印してください。

- 裏面に所属所長または給与事務担当者の証明を受けたい、共済組合に提出してください。
- 請求書は暦月単位で作成してください。
- 出産の予定日に基づいて、出産前に係る請求をする場合は(1)に、出産の日後請求する場合は(1)(2)に医師または助産師の証明を受けてください。
- 出産予定日に基づいて出産前に請求する場合で、多胎妊娠のときはその旨の医師の証明を添付してください。
- 添付書類 ①請求月の月末まで処理済の「出勤簿」の写し  
②請求月の「給与支給明細書」の写し(給与支給明細書が発行されない場合は不要です。)  
※請求月の給与支給において給与が調整されず、翌月以降の調整となった場合は、調整した月の給与支給明細書もしくは戻入・追給額がわかる書類が必要です。  
③退職後に加入した医療保険証の写し(退職後に請求する場合のみ。)



記入例

## 出産手当金請求書

決定額

※

円

組合員等記号・番号	公立阪	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	所属所名	大阪市立〇〇小学校			
職名	教諭											資格取得年月日	平成	令和 23年 4月 1日		
フリガナ	コウリツ	ハナコ										資格喪失年月日	令和 年 月 日			
組合員氏名	公立 花子											出産予定日	令和 4年 10月 17日			
標準報酬の月額	280,000 円											出産年月日	令和 4年 10月 15日			
勤務(労務)できなかった期間													令和 4年 9月 4日 から	令和 4年 12月 10日 まで		
請求期間(暦月単位)													令和 4年 9月 4日 から	令和 4年 9月 30日 まで		
出産予定日に関する 医師または助産師の 意見書(1)	出産予定日は 令和 4年 10月 17日です。 令和 4年 10月 25日 住所 大阪市中央区共済町△-×															
	(医師・助産師)											氏名	〇〇病院 近畿 三郎	近畿印		
医師または 助産師の証明(2)	令和 4年 10月 15日 公立 花子 様は 正常・異常 出産・双生児出産、 死産、流産(妊娠 箇月又は妊娠 週)したことを証明します。 令和 4年 10月 25日 住所 大阪市中央区共済町△-×															
	証明者(医師・助産師)											氏名	〇〇病院 近畿 三郎	近畿印		
上記のとおり請求します。													請求金額	空欄で結構です。	円	
公立学校共済組合大阪支部長 様													郵便番号	590-1234	電話	06-1234-XXXX
令和 4年 10月 27日 請求者													住所	大阪市中央区〇〇町△△-×		
													フリガナ	コウリツ ハナコ		
													氏名	公立 花子		
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。													大阪市立 〇〇小学校 受 所属所 受付印 R4.10.28			※受付印がない場合は 公印を押印してくださ い。
令和 4年 10月 28日													所属所名	大阪市立〇〇小学校		
所属所長													職名	校長	氏名	共済 一郎
電話番号													06-5678-XXXX			

- 裏面に所属所長または給与事務担当者の証明を受けたうえ、共済組合に提出してください。
- 請求書は暦月単位で作成してください。
- 出産の予定日に基づいて、出産前に係る請求をする場合は(1)に、出産の日後請求する場合は(1)(2)に医師または助産師の証明を受けてください。
- 出産予定日に基づいて出産前に請求する場合で、多胎妊娠のときはその旨の医師の証明を添付してください。
- 添付書類 ①請求月の月末まで処理済の「出勤簿」の写し  
②請求月の「給与支給明細書」の写し(給与支給明細書が発行されない場合は不要です。)  
※請求月の給与支給において給与が調整されず、翌月以降の調整となった場合は、調整した月の給与支給明細書もしくは戻入・追給額がわかる書類が必要です。  
③退職後に加入した医療保険証の写し(退職後に請求する場合のみ。)

## 報酬支給証明

組合員等記号・番号	公立阪	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	組合員氏名	公立花子
-----------	-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------	------

\*この請求書で請求する月について証明をしてください。

\*証明する月の途中で報酬の支給割合が変わった場合は、その割合ごとに記入してください。

令和	4年	9月	1日	}	間	10割
令和	4年	9月	3日			
令和	4年	9月	4日	}	間	0割
令和	4年	9月	30日			
令和	年	月	日	}	間	割
令和	年	月	日			
令和	年	月	日	}	間	割
令和	年	月	日			

半減しない休日等(祝日等報酬が10割支給される日) \_\_\_\_\_ 日

報酬の支給について、 請求月の支給において調整されています。

請求月の支給において調整されず、翌月以降の支給で調整します。

請求月の支給において調整されず、戻入もしくは追給となります。

※いずれかにチェックを入れてください。

上記のとおり証明します。

令和 4年 10月 28日

所属所長 職名 大阪市立〇〇小学校長

又は

給与事務担当者 氏名 共済 一郎

※ 所属所長、または給与事務担当者により必ず証明してください。