

## 出産手当金請求書

所属所名 (退職時の所属所)														
電話 ( )														
組合員 職名		氏名		組合員証 番号								(核番)	0	0
資格取得日	昭和 平成 令和 年 月 日				資格喪失日	令和 年 月 日								
勤務につかなかった期間					出産予定日	年 月 日								
年 月 日 ~ 年 月 日					出産日	年 月 日								
過去12ヶ月間の標準報酬月額 の平均額 (1円未満の端数切捨て)					¥									
請 求 期 間														
年 月 日から		請求日数	請求金額		年 月 日から		請求日数	請求金額						
年 月 日まで		日	¥		年 月 日まで		日	¥						
年 月 日から		請求日数	請求金額		年 月 日から		請求日数	請求金額						
年 月 日まで		日	¥		年 月 日まで		日	¥						
振 込 先	金融機関 コード		支店 コード		普通口座番号									
	金融機関 名		支店名		口座名義 (カタカナ)									
	郵便 局	9	9	0	0	口座 通帳記号	1		0	の	番号			1
	口座名義 (カタカナ)													
請求に係る分娩予定日は、年 月 日であること、並びにその出産(単胎・多胎(児)、 妊娠 かの正常分娩・早産・流産・死産・中絶)は、年 月 日であることを証明します。  年 月 日  証明者(医師又は助産師) 住所 名称 署名 印														
支給の対象となる期間(年 月 日~年 月 日)は確かに就労しませんでした。 上記のとおり請求します。 公立学校共済組合東京支部長 殿 住所 年 月 日 請求者 署名														
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 職名 所属所長 氏名 (公印省略)										共済組合受付				
給付決定金額 ¥ _____ (@ × 日)										事務取扱者氏名				

●太線枠内は記入しないでください。

提出先 公立学校共済組合東京支部給付貸付課短期給付担当

(令和4年1月)