

出 産 手 当 金 請 求 書

●太線枠内は記入しないでください。

所属所名 (退職時の所属所)														
										電話 ()				
組合員 職名	氏名			組合員 番号						(株番)	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 かの月の正常分娩・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										共済組合受付 (公印省略)				
給付決定金額 ¥ _____ (@ × 日)										事務取扱者氏名				

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8年1月)