

<記入例>

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) 〇〇〇立〇〇小学校																	
電話 03 (5320) 6827																	
組合員 職名	教諭		氏名	新宿 花子		組合員 番号	0	1	2	3	4	5	6	7	(核番)	0	0
資格取得日	昭和 平成 令和 24年4月1日					資格喪失日	令和 8年1月1日										
勤務につかなかった期間						出産予定日	令和 8年2月1日										
令和8年1月1日 ~ 令和8年3月31日						出産日	令和 8年2月3日										
過去12ヶ月間の標準報酬月額平均額 (1円未満の端数切捨て)						¥ 320,000											
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	¥	年 月 日まで		日	¥					
振 込 先	金融機関 コード	0004		支店 コード	123		普通口座番号					4567890					
	金融機関 名	共済銀行		支店名	新宿		口座名義 (カタカナ)					シン シ ュ ク ハ ナ コ					
	郵便 局	9900	口座 通帳記号	1		振込先は退職者のみ記入してください。					1						
	口座名義 (カタカナ)																
請求に係る分娩予定日は、 令和8年2月1日 であること、並びにその出産(単胎・多胎(児)、 妊娠 10 か月の(正常分娩・早産・流産・死産・中絶)は、 令和8年2月3日 であることを証明します。 令和8年2月7日 証明者(医師又は助産師) 住所 △△区 △△台 1-1 名称 △△病院 署名 私立 次郎 印 印																	
支給の対象となる期間(令和8年1月1日~令和8年3月31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 新宿区西新宿2-8-1 令和8年4月6日 請求者 署名 新宿 花子																	
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和8年4月8日 職名 〇〇〇立〇〇小学校 校長 所属所長 氏名 公立 次美 (公印省略)										共済組合受付							
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)