

決 裁	事務局次長	課長	課長補佐	係長	係	決定給付額	円
						決裁年月日	
						送金年月日	

出産手当金請求書

記号	番号	フリガナ	所属所名(市町名)
		組合員氏名	

資格取得年月日	昭成・平成 年 月 日	喪失年月日	平成 年 月 日
---------	----------------	-------	-------------

勤務できなかった期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
------------	---------------------

請求期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
------	---------------------

資格喪失後の社会保険等の状況	<input type="checkbox"/> 国民健康保険に加入 <input type="checkbox"/> 他の組合、健康保険等の扶養家族になる <input type="checkbox"/> その他()
----------------	--

請求金額	円	標準報酬月額	円
------	---	--------	---

出生等に関する 医師又は助産師 の証明書	出産予定年月日	平成 年 月 日
	出産年月日	平成 年 月 日
	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 ヲ月)
	出生児又は死産児の数	単胎・多胎(児)
	上記のとおり証明します。 平成 年 月 日 住所 医療機関名 医師氏名	

上記のとおり請求します。	
平成 年 月 日	
三重県市町村職員共済組合理事長 様	組合員住所
	組合員氏名

上記の記載事項は、事実と相違ないことを証明する。	
平成 年 月 日	
所属所長	職名
	氏名

上記の請求期間欄は、出産の日(出産の日が産前日である日はその日)以前42日(多胎妊娠の場合には98日)から出産の日後56日までの間に、勤務に服することができなかった期間を記入してください。(出産の日は産前に含まれます。)

注意事項

- ① 「出生等に関する医師又は助産師の証明書」欄に証明を受けてください。
- ② 勤務を要しない日の届出書を添付してください。ただし、受給期間中に勤務体制に変更があった場合は、変更前と変更後の両方を添付してください。
- ③ 勤務できなくなった日からの出勤簿の写を添付してください。
- ④ 報酬支給額証明書を添付してください。
- ⑤ 出産手当金の支給期間において、報酬の全部または一部が支給されている場合は、報酬との調整があり、出産手当金の全部または一部の支給が停止されます。