

出産手当金（共済）請求書

組合員氏名			組合員証号	公立岡山							
所属機関の名称及び所在地			生年月日	昭和 平成	年	月	日				
標準報酬の等級及び月額	第	級	※ 請求 期間	令和	年	月	日	から			日間
				令和	年	月	日	まで			
資格取得年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	請求金額						円
資格喪失年月日	令和	年	月	日	※ 決 定 額						円
出 産 日	令和	年	月	日	多胎妊娠		該 当 ・ 非 該 当				
出 産 予 定 日	令和	年	月	日	勤務できなかつた期間	令和		年	月	日	から
						令和		年	月	日	まで
出産に関する 医師又は助産師 の証明及び出産 予定日に関する 医師の意見	出産者氏名				多胎妊娠	該 当 ・ 非 該 当					
	出 産 日	令和	年	月	日	出産予定日に関する医師の意見					
	出産予定日	令和	年	月	日						
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 証明者 住 所 氏 名 (印)										
出勤しなかつた 期間に係る報酬 の支払証明	支 払 期 間				支給割合		支払金額				
	年 月 日から		年 月 日まで		%		円				
	年 月 日から		年 月 日まで		%		円				
年 月 日から 年 月 日まで出勤しなかつた期間に 対して、上記金額の報酬を支払ったことを証明します。 令和 年 月 日 職 名 所属所長又は給与支給担当者 氏 名 (印)											
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合岡山支部長 殿 令和 年 月 日 住 所 請求者 氏 名						所属所受付印			支部受付印		

この請求書は、各月ごとに提出してください。※欄は、記入しないこと。

出産手当金（共済）請求書

組合員氏名	岡山 花子		組合員証号	公立岡山	K	○	○	○	○	○
所属機関の名称及び所在地	〇〇市立〇〇〇学校		生年月日	昭和 平成	○	○	○	○	○	○
標準報酬の等級及び月額	第 〇〇 級	※ 請求期間	令和	年	月	日	から			日間
	〇〇〇, 〇〇〇 円		令和	年	月	日	まで			
資格取得年月日	昭和 平成 令和	〇	年	〇	月	〇	日	請求金額		〇〇〇, 〇〇〇 円
資格喪失年月日	令和	〇	年	〇	月	〇	日	※ 決定額		円
出産日	令和	〇	年	〇	月	〇	日	多胎妊娠		該当・ 非該当
出産予定日	令和	〇	年	〇	月	〇	日	勤務できなかつた期間		令和 〇年 〇月 〇日から 令和 〇年 〇月 〇日まで
出産に関する医師又は助産師の証明及び出産予定日に関する医師の意見	出産者氏名	岡山 花子		多胎妊娠	該当・ 非該当					
	出産日	令和	〇	年	〇	月	〇	日	出産予定日に関する医師の意見	
	出産予定日	令和	〇	年	〇	月	〇	日		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 〇年 〇月 〇日									
証明者 住所 〇〇市〇〇1-2-3 氏名 〇〇 〇〇〇 印										
出勤しなかつた期間に係る報酬の支払証明	支払期間			支給割合	支払金額					
	R〇年 〇月 〇日から R〇年 〇月 〇日まで			〇 %	〇 円					
	年 月 日から 年 月 日まで			%	円					
令和 〇年 〇月 〇日から令和 〇年 〇月 〇日まで出勤しなかつた期間に対して、上記金額の報酬を支払ったことを証明します。 令和 年 月 日										
所属所長又は給与支給担当者 職名 〇〇市立〇〇〇学校長 氏名 〇〇 〇〇 〇〇市立 〇〇学校 長印 印										
上記のとおり請求します。				所属所受付印			支部受付印			
公立学校共済組合岡山支部長 殿 令和 〇年 〇月 〇日 住所 〇〇市〇区〇〇1-1 請求者 氏名 岡山 花子				所属所受付印						

この請求書は、各月ごとに提出してください。※欄は、記入しないこと。