

給付種別	区分
①	
1	00

出産手当金（共済）請求書

組合員氏名		組合員証号	④				性別	⑩	2			
所属所名		記号番号										
資格取得年月日	昭・平 年 月 日	生年月日	⑪	3	昭和	⑫	年		日			
資格喪失年月日	平成 年 月 日			4	平成				生まれ			
給 料 級 号給 円	小中 教一 教二 行政 医二 現業 市町村費等	※ 請求 期間	⑬	4	平成	⑭	年		日	⑮	から	日間
			⑯	4	平成	⑰	年		日	⑱	まで	
請求金額	円	※	決 定 額				⑳					円
出産年月日	平成 年 月 日	多胎妊娠	該 当 ・ 非 該 当									
勤務できなかった期間	平成 年 月 日から 平成 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	平成 年 月 日	出 産 予 定 日 に 関 す る 医 師 の 意 見									
	出産予定日	平成 年 月 日										
	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 証明者 住 所 氏 名 ⑲											
出勤しなかった 期間に係る給料 の支払証明	給 料 支 払 期 間				支給割合		給料支払金額					
	年 月 日から 年 月 日まで				%		円					
	年 月 日から 年 月 日まで				%		円					
平成 年 月 日から平成 年 月 日まで出勤しなかった期間に 対して、上記金額の給料を支払ったことを証明します。 平成 年 月 日 所属所長職氏名 ⑳												
(市町村費負担組合員の場合は市町村教委の証明)												
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 平成 年 月 日 請求者 住 所 氏 名 ㉑								所属所受付印				
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 電話番号 〒□□□□ - □□□□ () - 所 在 地 所 属 所 名 所属所長職氏名 ㉒								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。