記 入 例

出産手当金請求書

組合員の記号番号	組　合　員　氏　名		所　属	
仙市 1234567	（フリガナ）キョウサイ　ハナコ 共済　花子			○○局○○課
資格取得年月日	☑平成 ☐令和　28 年　4 月　1 日		資格喪失年月日	令和　　年　　月　　日
請 求 期 間	令 和　5 年　11 月　21 日 か ら 令 和　6 年　2 月　26 日 ま で		標準報酬月額	月額　300,000　円
勤務ができなかった期間	令 和　5 年　11 月　21 日 か ら 令 和　6 年　2 月　26 日 ま で		請求金額	円

出産に関する医師又は助産師の証明			
出産者氏名		出産児の数	単胎　・　多胎　（　　児）
出産予定日	年　　月　　日	出産について	出産　・　死産　又は　流産（　　箇月）
出産年月日	年　　月　　日		

医療機関から証明を受けてください

上記のとおり相違ありません。

令和　　年　　月　　日

医療機関
所在地
名　称
医師又は助産師の氏名　　㊞
電話（　　）

上記のとおり請求します。

仙台市職員共済組合理事長　様　産後８週間（56日）経過後に請求してください。

令和　○年　○月　○日

請求者　住　所　仙台市青葉区○○１－２－３
氏　名（自署又は記名押印）　共済　花子
日中連絡先電話番号　090-○○○○-○○○○

所属所確認欄（課収受印）

所属課で文書収受印を押印

（注）
1．裏面に所属の長または給与事務担当者の証明を受けたうえ、提出してください。
2．標準報酬欄は、給付事由の発生した月の初日現在の標準報酬の月額を記入してください。
3．この請求書には、請求月ごとの勤務実績表を添付してください。
4．出産手当金請求書は、産休期間のうち実際に勤務できなかった期間について1枚作成してください。
5．請求期間は、産休期間のうち実際に勤務できなかった期間について記入してください。