

# 出産手当金請求書

整理 番号	
----------	--

組合員等 記号番号	NGY	フリガナ 組合員氏名		所属機関 所属課	
出産年月日 又は出産予 定年月日	年 月 日		資格取得年月日	年 月 日	
			資格喪失年月日	年 月 日	
勤務できな かった期間	年 月 日から 年 月 日まで		病院又は診療所 名及び所在地		
標準報酬			請求期間	年 月 日から 年 月 日まで	
	円		請求金額	円	
出産(予定) に関する医 師又は助産 婦の証明	出産年月日		年 月 日 (正常分娩・異常分娩・単胎・多胎)		
	出産予定年月日		年 月 日		
上記のとおり相違ありません。					
年 月 日					
住所 証明者 氏名					
上記のとおり請求します。					
(あて先)名古屋市職員共済組合理事長					
年 月 日					
住所 請求者 氏名					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。					
年 月 日					
職 名 所属所長 氏 名					
事務局	次長	係長	係	決定額	出産手当金 円
備考					