

# 出産手当金請求書

整理 番号	
----------	--

組合員証 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	円	請求期間	年 月 日から 年 月 日まで			
		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						