

出産手当金請求書

整理 番号	
----------	--

組合員証 記号番号		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	等級 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 印						
上記のとおり請求します。 名古屋市職員共済組合理事長様 年 月 日 住所 請求者 氏名 印						
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 住所 所属所長 職名 氏名 印						
主管課	課長	係長	係	備考		
上記について支給を決定してよろしか。						
事務局	課長	係長	係	決定額		
					円	