

出産手当金 請求書

神戸市職員共済組合

組合員(請求者)が記入するところ	組合員証の記号・番号	記号 6 番号 123456	所属	〇〇局〇〇課 電話 〇〇〇-〇〇〇〇
	資格取得年月日	昭和 5 年 4 月 1 日 平成 令和	標準報酬月額	〇〇 等級 〇〇〇, 〇〇〇 円
	出産予定日	令和 7 年 10 月 1 日	出産日	令和 7 年 9 月 30 日
	勤務できなかった期間	令和 7 年 8 月 7 日から 令和 7 年 9 月 30 日まで 55 日間		
	出産手当金を請求する期間	令和 7 年 8 月 21 日から 令和 7 年 11 月 25 日まで 97 日間		
	上記のとおり請求します。 令和 8 年 1 月 20 日 神戸市職員共済組合理事長 宛			
	住所 神戸市中央区加納町6丁目5-1 組合員(請求者)の 氏名 共 済 花 子 [自宅・携帯] 電話 (090) 〇〇〇〇-〇〇〇〇			

《提出にあたっての注意事項》

- 1 組合員が出産のため勤務に服することができず、地方公務員等共済組合法第 114 条の2の2第1項に規定する、産前（出産日を含む 42 日 [多胎妊娠は 98 日]）及び産後（56 日）期間における給料の全額又は一部が支給されないときに支給します。なお、1 年以上組合員であった者が退職の日に支給を受けている（又は支給を受けることができる状態にある）ときは、資格喪失後も残りの期間について支給を受けることができます。
- 2 出産日が出産予定日より遅くなった場合は、支給期間（産前）がその遅くなった期間分について延長されません。
- 3 裏面の証明欄に記入を受けるとともに添付書類を添えて提出してください。
- 4 給付金は共済組合に登録済みの組合員名義の口座に振り込みます。登録口座を変更したい場合は「給付金振込口座届」（様式 3-11）をあわせて提出してください。
組合員名義以外の口座への振り込みを希望する場合は、「給付金受取に関する委任状」（様式 3-17）をあわせて提出してください。

共済組合受付印

共 済 組 合 事 務 処 理 欄		
伺	事務局次長	医療係長 係
下記のとおり決定する。 令和 年 月 日		
支給期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日(うち 日間)		
支 給 額 (①-②) 円 (調整額 円)		
①	産 前	
	産 後	
②	調整額	