

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 記号・番号	記号 ----- 番号	所 属	電 話
	資格取得年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	標準報酬月額	等級 円
	出 産 予 定 日	令和 年 月 日	出 産 日	令和 年 月 日
	勤務できなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		
	出産手当金を請求する期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		
	上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 神戸市職員共済組合理事長 宛 住所 組合員（請求者）の 氏名 [自宅・携帯] 電話 () -			

《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す。
- 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）の手続きもおこなってください。
 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		
	事務局次長	医療係長
伺		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		
① 産 後		
② 調整額		

医師又は助産師の証明欄	組合員 記号・番号	記号	番号
	出産予定日	令和 年 月 日	出産日等
	出産(予定日) に関する意見	令和 年 月 日 単胎・多胎(児)	
	上記のとおり相違ないことを証明します。		令和 年 月 日
医療機関等の所在地・名称 及び 医師又は助産師の氏名		連絡先電話番号 () -	

《添付書類》

請求期間における出勤状況及び給与の支払状況が確認できる書類	① 給与支給状況等証明書(様式2-7-1) ② 請求期間が含まれる月の出勤簿 ③ 請求期間が含まれる月の給与明細の写し (別途精算等がなされている場合は、その明細も添付してください。)
-------------------------------	---