

決裁欄	事務局次長	係長	係員	取得日 昭 平 令	年	月	日	喪失日 平 令	年	月	日
				給付額決定年月日	令和	年	月	日			
種別	算式			控除額		支給額					
出産手当金	(標準報酬日額) (日数) 円			円		円		円			
支給期間	平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日			円 × $\frac{2}{3}$ × 日 =							

出産手当金請求書

組合員記入欄	組合員証	(記号) (番号) 1 - 1234567	氏名	共済 組子
	所属所名称	〇〇局	生年月日	(昭) 〇〇年 〇〇月 〇〇日 (平)
	出産・出産予定 年 月 日	平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日	標準報酬月額	〇〇〇,〇〇〇円
	出産手当金の請求にかかる期間	平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
医師又は助産師の意見書欄	上記のとおり請求します。 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日			
	住所 大阪市〇区〇〇 ×-×-×			
	組合員 氏名 共済 組子 (印)			
	連絡先 (電話番号) 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 大阪市職員共済組合理事長 あて			
医師又は助産師の意見書欄	出産(予定日)に関する意見 予定日より若干早い出産となったが、母体、新生児ともに安定しており、経過良好である。			
	出産予定年月日	平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
	出産年月日	平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日 (単胎)・多胎 (児)		
	上記のとおり相違ありません。 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 医療機関所在地 大阪市△区△△ ×-×-× 医療機関名称 〇〇病院 連絡先 06-****-**** 氏名 〇〇 〇〇 (印)			
勤務しなかった期間		平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日		
上記の期間にかかる報酬を受ける場合の金額 金 円 上記のとおり証明します。 令和 年 月 日 職名 所属機関の長 氏名 (印)				

受付印

(注) 裏面の報酬額に関する計算基礎を所属所にて記入してください。

番号				氏名			
[報酬額に関する計算基礎] 月毎に作成してください。(支給割合が異なる場合はそれ毎に)							
勤務しなかった期間	自 平・令 年 月 日		日間	公休該当日		
						
	至 平・令 年 月 日					
計算式 給料支給計算に基づき計算してください。				休業中の報酬額			
給料				円		合計 _____ 円	
地域手当				円			
通勤手当				円			
その他				円			
勤務しなかった期間	自 平・令 年 月 日		日間	公休該当日		
						
	至 平・令 年 月 日					
計算式 給料支給計算に基づき計算してください。				休業中の報酬額			
給料				円		合計 _____ 円	
地域手当				円			
通勤手当				円			
その他				円			
勤務しなかった期間	自 平・令 年 月 日		日間	公休該当日		
						
	至 平・令 年 月 日					
計算式 給料支給計算に基づき計算してください。				休業中の報酬額			
給料				円		合計 _____ 円	
地域手当				円			
通勤手当				円			
その他				円			
勤務しなかった期間	自 平・令 年 月 日		日間	公休該当日		
						
	至 平・令 年 月 日					
計算式 給料支給計算に基づき計算してください。				休業中の報酬額			
給料				円		合計 _____ 円	
地域手当				円			
通勤手当				円			
その他				円			
勤務しなかった期間	自 平・令 年 月 日		日間	公休該当日		
						
	至 平・令 年 月 日					
計算式 給料支給計算に基づき計算してください。				休業中の報酬額			
給料				円		合計 _____ 円	
地域手当				円			
通勤手当				円			
その他				円			

所属所記入欄

※所属所において出勤状況の内容が確認できる出勤簿等の写しを添付してください。