出産手当金 請求書

京都市職員共済組合

組合員が記入するところ

組合員の記号・番号	記号 ○○○ 番号 ××××××	所属	行財政局人事部厚生課 電話 075-222-××××
資格取得年月日	○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	標準報酬月額	○○○,○○○ 円
資格喪失年月日	○○ 年 ○○ 月 ○○ 日		
出産予定日	○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	出産日	○○ 年 ○○ 月 ○○ 日
勤務できなかった期間	○○ 年 ○○ 月 ○○ 日から ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日まで ○○ 日間		
出産手当金を請求する期間	○○ 年 ○○ 月 ○○ 日から ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日まで ○○ 日間		

上記のとおり請求します。 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

（あて先）京都市職員共済組合理事長

住所 京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町４８８番地

組合員の

氏名 共済　太郎

事務取扱者
所属の庶務担当者の記名又は押印

《提出にあたっての注意事項》

1　組合員が出産のため産前（出産日を含む42日［多胎妊娠は98日］）及び産後（56日）期間に欠勤したときに支給します。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も遅くなった場合は、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　下記の証明欄に記入・押印を受けるとともに請求期間が含まれる月の出勤簿の写しを添えて提出してください。

医師又は助産師の証明欄

		組合員の記号・番号	記号 ○○○ 番号 ××××××
出産予定日	○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	出産日等	○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 単胎・多胎（ 1 児）
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、母体及び新生児ともに安定しており、経過良好である。		

上記のとおり相違ないことを証明します。 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

医療機関等の所在地・名称及び 京都市○○区○○　○-○

医師又は助産師の氏名 ○○　○○

連絡先電話番号 （ 075 ） ○○○ － ○○○○

共済組合受付印

所属の証明欄

①　　年　　月　　日　から　　年　　月　　日 まで勤務しなかった期間に対して、
次の報酬を支払ったことを証明する。

①の期間中の就労状況を　出勤：◎、欠勤（無給：○）、欠勤(有給：△）、公休日：×　で表示してください。

月	1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12	13	14
	15	16	17	18	19	20	21
	22	23	24	25	26	27	28
	29	30	31				

月	1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12	13	14
	15	16	17	18	19	20	21
	22	23	24	25	26	27	28
	29	30	31				

自　　年　　月　　日　標準報酬月額　　円
至　　年　　月　　日　期間中の報酬　　円

自　　年　　月　　日　標準報酬月額　　円
至　　年　　月　　日　期間中の報酬　　円

年　　月　　日

所属所長　又は　　職　　名
給与事務担当者　　氏　　名

所属所（市長部局あれば総務事務センター）にて証明しますので、記入不要です。