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	電話	
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

組合員の

氏名

事務取扱者

《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。

組合員の記号・番号	記号　番号

医師又は助産師の証明欄			
出産予定日	年　月　日	出産日等	年　月　日 単胎 ・ 多胎 （　児）
出産（予定日）に関する意見			

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

医師又は助産師の氏名

連絡先電話番号　（　　）　－

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