

< 特別休暇（産前産後休暇）中に退職した場合 >

様式第9号

出産手当金請求書				決 定 額	※	円
組合員等記号・番号	組 合 員 名 前	所 属 機 関				
△△△△-△△△△	共 済 花 子	名 称	〇 〇 市			
		所 在 地	〇〇市〇〇町			
出 産 年 月 日	組 合 員 資 格					
△△△△年 △月 △日	取 得	△△△△年 △月 △日	喪 失	△△△△年 △月 △日		
勤務できなかった期間	請 求 期 間	支給日数	レセプト確認			
△△△△年 △月 △日から △△△△年 △月 △日まで	△△△△年 △月 △日から △△△△年 △月 △日まで	※ 日	※			
標準報酬の等級及び月額	調 整 額	請 求 額				
15 等級 180,000 円	※ 円	円				
出産に関する 医師又は助産 師の証明	共 済 花 子 は、△△△△年 △月 △日に、(多胎) 出産 (正常)・異常 (妊娠 ヲ月)) したことを証明する。 上記出産について、予定日は、△△△△年 △月 △日であったことを証明する。 △△△△年 △月 △日 住 所 〇〇市〇〇町△-△-△ 証 明 者 名 前 鈴 木 五 郎					
上記のとおり請求します。 広島県市町村職員共済組合理事長 様	住所 〇〇市〇〇町△-△-△ 請求者 名 前 共 済 花 子					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。	住所 〇〇市〇〇町△-△-△ 職名 〇 〇 市 長 所属所長 名 前 〇 〇 〇 〇					

<添付書類>

○報酬支給額証明書及び出勤簿の写し