

(様式第8号の1)

育児休業手当金請求書  
育児休業掛金免除申出書



所属コード	空欄でOK	組合員種別 <input checked="" type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短期	所属所名称	地方独立行政法人 大阪市民病院機構 総合医療センター
職員番号	0 0 0 0 0 0 0			
組合員氏名	フリガナ キョウサイ ハナコ 共済 花子		出生児氏名	共済 組子
生年月日	昭和 平成 〇 年 〇 月 〇 日生		生年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日生
標準報酬月額	等級	月額		
	号	円		
育児休業承認期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (日数) <sup>※1</sup> 日			
育児休業手当金請求期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
雇用保険からの 育児休業給付の支給	<input type="checkbox"/> 無 (雇 <input type="checkbox"/> 有 (支 ※空けておいて下さい。 総務課にて記入します			
本請求に係る子に対して、過去に ○子の出生から8週間以内の育 (1回目) 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (2回目) 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで ○子の出生から8週間超の育児休業承認期間 (1回目) 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				
上記のとおり、 地方公務員等共済組合法第70条の2の規定に基づき請求します。 地方公務員等共済組合法第114条の2第1項の規定に基づき掛金免除を申し出ます。 <input type="checkbox"/> 掛金免除申出のみ(育児休業手当金の請求がない場合) 令和 〇 年 〇 月 〇 日 住 所 大阪市〇〇区〇〇 〇-〇-〇 組合員氏名 共済 花子 連絡先(電話番号) 000-0000-0000 大阪市職員共済組合理事長 あて				
上記の記載事項は、事実と相違ないことを認めます。 令和 年 月 日 所属機関 総務課にて記入します				
