事務局長	課 長	課 員

出産手当金請求書

※決 定 額	円

組合員証	記号		フリガナ		所属機関	名 称
	番号		組合員氏名			所在地

	組 合 員	任意継続組合員	他の社会保険への加入の有無
資格取得	昭和 平成 令和 年 月 日	令和 年 月 日	有（令和 年 月 日 加入）・無
資格喪失	令和 年 月 日	令和 年 月 日	有の場合はその保険者名（ ）

出産予定日	令和 年 月 日	出 産 日 令和 年 月 日	単胎・多胎の別 （出産児数）
勤務できなかった期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		単胎 ・ 多胎 （ 児 ）

標準報酬の月額	請求期間 自	請求期間 至
第 級 円	令和 年 月 日	令和 年 月 日

支給開始年月日	請求金額	地方公務員災害補償基金法に基づく休業補償又はこれに相当する補償の受給の有無
令和 年 月 日	円	有 ・ 無

上記のとおり請求します。

香川県市町村職員共済組合理事長 様

令和 年 月 日

〒 －

住 所

請 求 者

氏 名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

職 名

所属所長

氏 名

1 医師又は助産師の証明及び所属所長（給与事務担当者）の証明を受けてください。
2 報酬が支給されている場合には「報酬支給額証明書」を添付してください。
3 報酬とは、基本給及び各市町の給与条例等で定められている諸手当（期末・勤勉手当を除く）をいいます。
4 ※欄は記入しないでください。

出産に関する医師又は助産師の証明

出産年月日	令和 年 月 日	出産予定日	令和 年 月 日
生産又は死産の別	生産 ・ 死産 （妊娠 満 週 日）	出産児の数	単胎 ・ 多胎 （ 児）

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

所在地（住所）

証明者 医療機関等名称

医師又は助産師
氏 名

勤務しなかった期間に支払われた報酬についての所属機関の長又は給与事務担当者の証明

令和 年 月 日から令和 年 月 日まで勤務しなかった に対して
次の給料が支払われたことを証明する。

令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 日間 割 円

令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 日間 割 円

令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 日間 割 円

令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 日間 割 円

令和 年 月 日

所属機関の長又は給与事務担当者 職 名
氏 名

※出産手当金計算欄

※ 下記カレンダーの支給対象日に○を付す

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

※ 支給額計算

標準報酬月額 円 × 1／22 × 2／3 ＝ 給付日額 円

給付日額 円 × 給付日数 日 ＝ 給付額 円

給付額 円 － 控除額 円 ＝ 円

※ 備 考

※ 支払開始日	※ 前回支給分	※ 今回支給分
令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	令和 年 月 日まで