

出産手当金請求書

事務局長	課長	課員

※決定額	円
------	---

組合員等	記号	853	フリガナ	キョウサイ ハナコ	所属機関	名称	〇〇〇市						
	番号	1000	組合員氏名	共済花子		所在地	〇〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇						
資格取得		昭和 平成 令和	〇年〇月〇日	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	〇年	〇月	〇日	出産日	令和	〇年	〇月	〇日	単胎 ・多胎の別 (出産児数)		
勤務できなかった期間		令和	〇年	〇月	〇日	から	令和	〇年	〇月	〇日	まで	単胎・多胎 (児)	
標準報酬の月額		請求期間											
第〇級		〇〇〇〇〇	円	自					至				
支給開始年月日		令和		〇年	〇月	〇日	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		〇年	〇月	〇日	〇〇〇〇〇		円 有・ 無				

上記のとおり請求します。

香川縣市町村職員共済組合理事長 様

令和 〇年 〇月 〇日

〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇

住所 〇〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇

請求者

氏名 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。

令和 〇年 〇月 〇日

職名 〇〇〇 市長

所属所長

氏名 〇〇〇〇〇〇

- 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。

出産年月日	令和 〇年 〇月 〇日	出産予定日	令和 〇年 〇月 〇日				
	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)			
出産に関する医師又は助産師の証明	上記のとおり証明します。						
	令和 年 月 日	所在地(住所)	〇〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇				
	証明者	医療機関等名称	〇〇〇病院				
	医師又は助産師氏名	〇〇〇〇					
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 〇年 〇月 〇日から令和 〇年 〇月 〇日まで勤務しなかった 〇〇〇〇 に対して次の給料が支払われたことを証明する。						
	令和 〇年 〇月 〇日	～	令和 〇年 〇月 〇日	〇日間	〇割	〇〇〇〇	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 〇年 〇月 〇日		所属機関の長又は給与事務担当者	職名	〇〇〇	氏名	〇〇〇〇	
※ 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	
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
	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
	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
	7 14 21 28		7 14 21 28		7 14 21 28		7 14 21 28
※ 支給額計算				※ 備考			
標準報酬月額		給付日額					
円 × 1/22 × 2/3		=		円			
給付日額		給付日数		給付額			
円 ×		日 =		円			
給付額		控除額		円 =		円	
円 -		円 =		円			
※ 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			