

# 出産手当金請求書

給付種別	220		
組合員証記号番号	111	—	123
フリガナ	キヨサイ ハコ		所属所名
組合員氏名	共済 花子		〇〇市
組合員生年月日	昭和〇〇年	5月	31日
資格取得年月日	昭和〇〇年	4月	1日
資格喪失年月日 (喪失者のみ)	平成〇〇年	4月	1日
請求期間	平成〇〇年	3月	30日 から 平成〇〇年
	平成〇〇年	7月	5日 日まで
			71 日間
※支給日数	短期標準報酬月額	第 20 級	340,000 円
日	※ 決定金額		円
出産年月日	平成〇〇年	5月	10日
勤務できなかった期間	平成〇〇年	3月	30日 から 平成〇〇年
	平成〇〇年	7月	5日 日まで
病院又は診療所名及び所在地	〇〇市△△1-2-3 □□産婦人科医院		
出産に関する医師又は助産師の証明	<p>平成〇〇年 5月 10日 出産 (正常・異常) したことを証明する。 (出産予定日 平成〇〇年 5月 15日) 単胎・多胎</p> <p>平成〇〇年 5月 所属所長が原本証明した出生証明書を添付する場合は、証明不要です。</p> <p>住所 〇〇市△△1-2-3 氏名 □□産婦人科医院 〇〇〇〇 印</p>		
上記のとおり請求します。			
青森県市町村職員共済組合理事長 様			
平成〇〇年 7月 10日			
請求者	住所	〇〇市××1-2-3	
	氏名	共済花子 印	
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。			
平成〇〇年 7月 11日			
所属所長	職名	〇〇市長	
	氏名	〇〇〇〇 印	

(注) 1 裏面に所属所長又は給与事務担当者の証明を受けたうえ、組合に提出してください。  
 なお、報酬の支払いがある場合は、報酬支給額証明書を添付してください。  
 2 医師又は助産師の証明欄は、出生証明書の写しに所属所長が原本証明したものを添付する場合は不要です。  
 3 ※欄は、記入しないでください。

(裏面)

平成 ○○ 年 3 月 30 日 から 平成 ○○ 年 7 月 5 日 まで  
出勤しなかった期間に対して、次の金額の報酬を支払ったことを証明する。

平成 ○○ 年 3 月 1 日 } 間 割 199,160 円  
平成 ○○ 年 3 月 31 日 }

平成 ○○ 年 4 月 1 日 } 間 割 0 円  
平成 ○○ 年 7 月 5 日 }

今回支給日数  
(該当日に○印を付してください。)

平成 年 月分

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

月の途中から休業している場合でも、その月に報酬を支給している場合はその月の支給額を記載してください。  
また、休日等により報酬の一部を支給した際も記載してください。  
なお、支払いがない場合は、0円と記入してください。

報酬の支払いがある場合は、「報酬支給額証明書」も提出してください。

上記のとおり証明します。

平成 ○○ 年 7 月 11 日

所属 所 長 又 は 職 名 ○ ○  
給 与 事 務 担 当 者 氏 名 ○ ○ ○ ○

印

※共済組合使用欄

※報酬との調整

平均標準報酬月額 支給割合 給付日額  
(1)  $\frac{\text{円} \times 1/22 \times 2/3}{\text{平均標準報酬月額(10円未満四捨五入)}} = \frac{\text{円} \dots (A)}{(1\text{円未満四捨五入})}$

(A) 支給対象日数 支給額  
(2)  $\text{円} \times \text{日} = \text{円} \dots (B)$

(B) 控除額 支給決定額  
(3)  $\text{円} - \text{円} = \text{円}$

支給開始日	前回支給分	今回支給分
平成 年 月 日分から	平成 年 月 日分まで	平成 年 月 日分まで