

出産手当金請求書

給付種別	220														
組合員証 記号番号	—	フリガナ		所属所名											
組合員 生年月日	昭和 平成	年	月	日	資格取得年月日	昭和 平成	年	月	日	資格喪失年月日 (喪失者のみ)	平成	年	月	日	
請求期間	平成		年	月	日	から	平成		年	月	日まで	日間			
※支給日数 日	短期標準 報酬月額	第	級	円	※決定金額				円						
出産年月日	平成		年	月	日	出産手当金請求金額				円					
勤務できなかった 期間	平成		年	月	日	から	平成		年	月	日まで				
病院又は診療所名 及び所在地															
出産に関する 医師又は助産 師の証明	平成 年 月 日 出産 (正常・異常) したことを証明する。 (出産予定日 平成 年 月 日) 単胎・多胎 平成 年 月 日 住所 証明者 氏名 印														
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 年 月 日 住所 請求者 氏名 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 年 月 日 職名 所属所長 氏名 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 月 日 から 平成 年 月 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。					今回支給日数 (該当日に○印を付してください。)					
平成 年 月 日	}	間	割	円	平成 年 月分					
平成 年 月 日					曜日	1	8	15	22	29
平成 年 月 日	}	間	割	円		2	9	16	23	30
平成 年 月 日						3	10	17	24	31
平成 年 月 日	}	間	割	円		4	11	18	25	
平成 年 月 日						5	12	19	26	
						6	13	20	27	
						7	14	21	28	

上記のとおり証明します。

平成 年 月 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

(1) 平均標準報酬月額 支給割合 給付日額

$$\frac{\text{円} \times 1/22 \times 2/3}{\text{平均標準報酬日額(10円未満四捨五入)}} = \frac{\text{円} \dots (A)}{\text{(1円未満四捨五入)}}$$

(2) (A) 支給対象日数 支給額

$$\text{円} \times \text{日} = \text{円} \dots (B)$$

(3) (B) 控除額 支給決定額

$$\text{円} - \text{円} = \text{円}$$

支給開始日	前回支給分	今回支給分
平成 年 月 日分	平成 年 月 日分	平成 年 月 日分