

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 組合員氏名	共済 花子
組合員生年月日	平成 〇〇 年 3 月 3 日	資格取得年月日	平成 〇〇 年 4 月 1 日
請求期間	令和 〇 年 1 月 21 日 から 令和 〇 年 1 月 31 日 まで		9 日
短期標準報酬月額	第 43 級 1,210,000 円	出産手当金請求金額	5,328 円
勤務できなかった期間	令和 〇 年 10 月 4 日 から 令和 〇 年 1 月 31 日 まで		120 日
出産年月日	令和 〇 年 3 月 11 日	出産予定年月日	令和 〇 年 3 月 3 日
病院又は診療所名及び所在地	〇〇市△△1-2-3	単胎・多胎の別 出産(予定)児数	単胎 ・ 多胎 (児)
	□□産婦人科医院	入院(予定)期間	自 令和 〇 年 3 月 5 日 至 令和 〇 年 3 月 17 日
出産予定及び 出産(分娩)に 関する医師 又は助産師の証明	出産予定者氏名	出産予定年月日 (分娩予定年月日)	令和 〇 年 3 月 3 日
	妊娠週数及び日数	満 40 週 (6) 日	単胎・多胎の別 出産(予定)児数
	出産者氏名	共済 花子	出産年月日 (分娩年月日)
	生産または死産の別	1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在	「生産」の場合 出生児数
所属所長が原本証明した下記注意書き2の書類(証明項目がわかるもの)を添付する場合は、証明不要です。 上記のとおり相違ありません。		住所(所在地)	〇〇市△△1-2-3
令和 〇 年 3 月 15 日		医療機関名	□□産婦人科医院
医師又は助産師の証明日は、 上記「請求期間」欄の最終日以降の日		医師又は助産師の氏名	医師 〇〇〇〇
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			
令和 〇 年 6 月 3 日			
住所		〇〇市××1-2-3	
請求者氏名		共済 花子	
電話番号		987 - 654 - 3210	
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 6 月 4 日			
職名		〇〇市長	
所属所長氏名		〇〇〇〇	

- (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、証明項目がわかる母子健康手帳(妊娠届出書)・出生証明書・死産証書(死胎検案書)等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)

令和〇年1月1日から令和〇年1月31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
(報酬支給対象日に□印を付してください。)

令和〇年1月1日	} 間	(支給割合)	(支給実績)	
令和〇年1月6日		8割	60,772円	
令和〇年1月7日	} 間	10割	350,260円	
令和〇年1月20日				
令和〇年1月21日	} 間	10割	315,234円	
令和〇年1月31日				

令和〇年1月分

火曜日	1	8	15	22	29
水	2	9	16	23	30
木	3	10	17	24	31
金	4	11	18	25	
土	5	12	19	26	
日	6	13	20	27	
月	7	14	21	28	

出産手当金の請求月に対して支払った報酬額を記載して証明願います。
 なお、支払いがない場合は、0割・0円で証明してください。
 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。

令和〇年6月4日

所属 所属 職 名 主 幹
 給与 給与 氏 名 〇 〇 〇 〇

※共済組合使用欄

※報酬との調整

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

(2) (A) 円 × 支給対象日数 日 = 支給額 円 … (B)

(3) (B) 円 - 控除額 円 = 支給決定額 円

支給開始日	前回支給分	今回支給分
令和 年 月 日 分から	令和 年 月 日 分まで	令和 年 月 日 分まで