

出産手当金請求書



局長		次長		課長		課長補佐		係長		係	
----	--	----	--	----	--	------	--	----	--	---	--

出産手当金請求書

出産前・出産後				決定額	※	円
組合員等 記号番号		組合員 氏名		所属 機関名		
出産年月日	令和 年 月 日	資格取得 年 月 日		組合員	任意継続組合員	
出産予定年月日	令和 年 月 日			年 月 日	年 月 日	
勤務できなかった 期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	療養の給付の対象 となった入院期間		病院又は診療 所名及び所在地		
療養の給付の対象 となった入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで					
標準報酬 月額	等級	請求 期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	請求 金額	円	
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	出産予定年月日	令和 年 月 日		
	出生児の数	単胎・多胎 (児)		出産又は死産の別	出産・死産 (妊娠 ヶ月)	
	上記のとおり証明します。					
令和 年 月 日 住所 証明者 氏名 電話 () -						
上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 高知県市町村職員共済組合理事長 様 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						

- 裏面に所属機関の長又は給与事務担当者の証明を受けたいえ、組合に提出してください。
- ※印欄は記入しないでください。
- 請求者の署名及び所属所長の証明欄を印字している場合は、必ず所属所受付印を押印してください。

年 月 日から 年 月 日まで出勤しなかった期間に対して、次の報酬(固定給与+非固定給与)を支払ったことを証明する。

組合員等記号番号

年 月 日 } 間 円

年 月 日 } 間 円

年 月 日 } 間 円

年 月 日 } 間 円

令和 年 月 日

所属機関の長 職 名
(給与事務担当者) 氏 名

標準報酬月額	和	給付日額	今回支給日数(該当日に○印を付する。)					
※ 円	$\times \frac{1}{22} \times \frac{2}{3} =$	円	※ 月分					
			曜日	1	8	15	22	29
給付日額	支給日数	給付額		2	9	16	23	30
円×	日=	円		3	10	17	24	31
				4	11	18	25	
給付額	控除額	給付決定額		5	12	19	26	
円-	円=	円		6	13	20	27	
				7	14	21	28	
※ 支給開始日			※ 前回支給分			※ 今回支給分		
年 月 日から			年 月 日まで			年 月 日まで		