

出産手当金請求書

組合員等 記号・番号	△△△-△△△	組合員 氏名	共済 花子	所属 機関	〇〇市
出産年月日	令和 △年 △月 △日	資格取得 年月日	昭和 平成 令和 △年 △月 △日	資格喪失 年月日	令和 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	病院又は 診療所名 及び 所在地	〇〇県〇〇市〇〇 △-△ 〇〇医院		
標準報酬 月額	第 △△ 級 △△△△△△ 円	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 助産師意見 及び証明	出産予定日	令和 △年 △月 △日			
	令和 △△年 △月 △日出産 (単胎・多胎) したことを証明する。 令和 △△年 △月 △日 住所 〇〇県〇〇市〇〇 △-△ 証明者 医療機関 〇〇医院 氏名 〇〇 〇〇				
上記のとおり請求します。			医師または助産師により記入・証明 を受けてください。		
山口県市町村職員共済組合理事長 様					
令和 △△年 △月 △日		〒 △△△-△△△△			
請求者		住所 〇〇県〇〇市〇〇 △-△			
		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 △△年 △月 △日					
〇〇市 所属所長 〇〇 〇〇					

[注] 組合員等記号・番号が不明なため該当欄に記入できない場合は、共済組合が定める「個人番号申告票」の添付に代えることができます。

下記のとおり決定してよろしいか。

共済 組合 使用 欄	事務局長	事務局次長	課長	担当				共済組合 受付印
決定額	円			給種	220	番号	支給 日数	

※ 報酬 (注) との 調整	標準報酬 月額	給付日額		今回支給日数(該当日に○印を付する。)							
	$\times \frac{1}{22} \times \frac{2}{3} =$			△ 月 分							
	(10円未満四捨五入)	(円位未満四捨五入)		土	1	8	15	22	29		
				曜日							
	給付日額	支給日数	給付額	日	2	9	16	23	30		
				月	3	10	17	24	31		
				火	4	11	18	25			
			水	5	12	19	26				
			木	6	13	20	27				
			金	7	14	21	28				
			給付額			控除額			給付決定額		
			—			=					
※ 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					

必ず記入してください。

注 1 「報酬」とは、組合員が自己の労務の対償として受け取る給料（基本給）、諸手当等の全てです。ただし、期末・勤勉手当等及び実費弁償的なものである出張旅費・災害派遣手当は除き、地方公共団体の給与条例等において給与として規定されている現物給与（通勤手当に相当するものとして支給される定期券等）を含みます。

2 ※欄は、記入しないでください。