

出産手当金請求書

事務局長	課長	課員

※決定額	円
------	---

組合員等	記号	フリガナ	所属機関	名称
	番号	組合員氏名		所在地
資格取得	昭和 平成 令和	年 月 日	令和 年 月 日	有 (令和 年 月 日 加入) ・ 無
資格喪失	令和 年 月 日	令和 年 月 日	有の場合は その保険者名 []	
出産予定日	令和 年 月 日	出産日	令和 年 月 日	単胎・多胎の別 (出産児数)
勤務できな かった期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	単胎 ・ 多胎 (児)	
標準報酬の月額	請求期間			
第 級	円	令和 年 月 日	令和 年 月 日	
支給開始年月日	請求金額	地方公務員災害補償基金法に基づく休業補償又は これに相当する補償の受給の有無		
令和 年 月 日	円	有 ・ 無		

上記のとおり請求します。

香川縣市町村職員共済組合理事長 様

令和 年 月 日

〒 -
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

- 1 医師又は助産師の証明及び所属所長(給与事務担当者)の証明を受けてください。
- 2 報酬が支給されている場合には「報酬支給額証明書」を添付してください。
- 3 報酬とは、基本給及び各市町の給与条例等で定められている諸手当(期末・勤勉手当を除く)をいいます。
- 4 ※欄は記入しないでください。

出産年月日	令和 年 月 日	出産予定日	令和 年 月 日
生産又は 死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠満 週 日)	出産児の数	単胎 ・ 多胎 (児)

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

所在地(住所)

証明者 医療機関等名称

医師又は助産師氏名

令和 年 月 日から令和 年 月 日まで勤務しなかった に対して
次の給料が支払われたことを証明する。

令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	日間	割	円
令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	日間	割	円
令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	日間	割	円
令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	日間	割	円

令和 年 月 日

所属機関の長又は 職名
給与事務担当者 氏名

※ 下記カレンダーの支給対象日に○を付す

| 令和 年 月分 |
|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 曜日 1 8 15 22 29 |
2 9 16 23 30	2 9 16 23 30	2 9 16 23 30	2 9 16 23 30	2 9 16 23 30
3 10 17 24 31	3 10 17 24 31	3 10 17 24 31	3 10 17 24 31	3 10 17 24 31
4 11 18 25	4 11 18 25	4 11 18 25	4 11 18 25	4 11 18 25
5 12 19 26	5 12 19 26	5 12 19 26	5 12 19 26	5 12 19 26
6 13 20 27	6 13 20 27	6 13 20 27	6 13 20 27	6 13 20 27
7 14 21 28	7 14 21 28	7 14 21 28	7 14 21 28	7 14 21 28

※支給額計算	※備考
標準報酬月額 円 × 1/22 × 2/3 = 円	給付日額
給付日額 円 × 日 = 円	給付日数 給付額
給付額 円 - 控除額 = 円	

※支払開始日	※前回支給分	※今回支給分
令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	令和 年 月 日まで