

出産手当金請求書

決定伺	課長	課長補佐・主幹	課員

決定額							円
-----	--	--	--	--	--	--	---

記号	番号	組合員氏名	所属所名
999	99999	共済 花子	〇〇市
資格取得年月日	昭和 平成 令和	〇年 4月 1日	資格喪失年月日 令和 〇年 10月 31日
勤務できな かった期間	令和 〇年 11月 1日 から 令和 〇年 11月 27日 まで	標準報酬月額	第〇〇級 300,000 円
請求期間	令和 〇年 11月 1日 から 令和 〇年 11月 27日 まで	請求金額	181,860 円
医師又は 助産師の 証明	出産年月日	令和 〇年 10月 2日	出産予定 年月日 令和 年 月 日
	単胎・多胎 の別	① 単胎 2. 多胎 (出生児数 人)	
	出産・死産 等の別	① 出産 2. 死産 (早流産) : 妊娠週数 満 週 日	
	上記のとおり証明する。	〇〇年〇〇月〇〇日	
証明者	①. 医師 2. 助産師	住所 〇〇市〇〇 医療機関名 〇〇産婦人科医院 氏名 〇〇 〇〇	
上記のとおり請求します。 福岡県市町村職員共済組合理事長 殿 〇〇年 〇〇月 〇〇日 請求者 住所 〇〇市△△1丁目2番3号 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。 〇〇年 〇〇月 〇〇日 所属所長 職名 〇〇市長 氏名 〇〇 〇〇			共済組合受付印

出産手当金請求書 2 / 2

(給付額算定書)

記 号 番 号	999 - 99999	氏 名	共 済 花 子		
給 付 対 象 月	令和 ○ 年 11 月				
標 準 報 酬 月 額 (ア)	300,000 円				
標 準 報 酬 日 額 (イ)	13,640 円	標準報酬月額(ア)÷22 (10円未満四捨五入)			
給 付 日 額 (ウ)	9,093 円	標準報酬日額(イ)×2/3 (端数四捨五入)			
給 付 日 数 (エ)	20 日	※ 勤務を要しない日を除く。			
給 付 額 ①	181,860 円	給付日額(ウ)×給付日数(エ)			
報 酬 の 支 給 状 況	※ 在職中の場合、給付対象月に支払った給料について証明してください。 ※ 月の途中で支給割合が変更(無給になった場合を含む。)になった場合は、期間を分けて証明してください。				
<input type="checkbox"/> 支給なし					
<input type="checkbox"/> 支給あり					
		年 月 日から	日	割	円
		年 月 日まで			
		年 月 日から	日	割	円
		年 月 日まで			
上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 所属 所 長 又 は 給 与 事 務 担 当 者 (職 ・ 氏 名)					
調 整 額 ②	円	支給報酬額の合計			
差 引 支 給 額	円	給付額①－調整額②			

受 給 開 始 日	○年11月1日	→ 出産の日後56日	満 了 予 定 日	○年11月27日
-----------	---------	---------------	-----------	----------