共済組合用

伺	下記のとおり決定して よろしいかお伺いします。	決 裁	局　長	課　長	課長補佐	係　長	係

出産手当金請求書

決定額	※　　円

組合員証記号番号	100　－　8888	組合員氏名	共済　一子	所属所名	○○市
資格取得年月日	平成　○　年　○　月　○　日	資格喪失年月日	令和　○　年　4　月　1　日		
勤務できなかった期間	令和　○　年　3　月　10　日　から 令和　　年　　月　　日　まで	分べんする医療機関等	○○市○○丁目○○番地 ○　○　病院		
単胎・多胎の別	単胎　・　多胎				
平均標準報酬月額	240,000	請求期間	令和　○　年　4　月　1　日　から 令和　○　年　6　月　10　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　4　月　20　日	出産予定年月日	令和　○　年　4　月　20　日
	正常分べん又は異常分べんの別	正　常　・　異　常	生産又は死産の別	生産　・　死産 （妊娠　　ヶ月）
	上記の者は、単胎児　・　多胎児　を出産したことを証明する。 令和　○　年　4　月　20　日 証明者　住所　○○市○○丁目○○番地 氏名　○○病院　医師　○○○○			

上記のとおり請求します。

山形県市町村職員共済組合理事長　様

令和　○　年　6　月　20　日

請求者　住所　○○市○○町○丁目○番○○号

氏名　共済　一子

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

所属所受付印

所属所名　職名

氏名

在職者が請求する場合、所属所長 の証明が必要となります。

(R6.4.1)

※　１か月ごとに請求する場合、２か月目以降「出産に関する医師又は助産師の証明」は不要です。
※　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うえ、組合に提出してください。
※　出勤簿の写しと、休業月に報酬の支払いがある場合は給与明細の写しを添付してください。
※　※印欄は、記入しないでください。

令和　〇　年　3 月　10 日から　令和　〇　年　3 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。

令和　〇　年　3 月　10 日 令和　〇　年　3 月　31 日	間	240,000	円
年　月　日 年　月　日	間		円
年　月　日 年　月　日	間		円

令和　〇　年　〇　月　〇　日

職名　〇　〇　市　長

所属機関の長又は
給与事務担当者

氏名　〇　〇　〇　〇

☑「報酬支払いに関する証明」について確認しました。

※

平均標準報酬月額　　平均標準報酬の日額

円　×　$\frac{1}{22}$　＝　円（10円未満四捨五入）

平均標準報酬の日額　　1日あたり給付額

円　×　$\frac{2}{3}$　＝　円（円未満四捨五入）

1日あたり給付額　　支給日額　　給付決定額

円　×　日　＝　円

給付決定額　　控除額

円　－　円　＝　円

今回支給日数
（該当日に〇印を付する）

月分

曜日					
	1	8	15	22	29
	2	9	16	23	30
	3	10	17	24	31
	4	11	18	25	
	5	12	19	26	
	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　日から	年　月　日から