

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	〇 〇 市
資格取得 年月日	平成 〇 年 〇 月 〇 日	資格喪失 年月日	令和 〇 年 3 月 31 日				
勤務できな かった期間	令和 〇 年 3 月 10 日 から 令和 〇 年 6 月 10 日 まで	分べんする 医療機関等	〇〇市〇〇丁目〇〇番地 〇 〇 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 〇 年 4 月 1 日 から 令和 〇 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 〇 年 4 月 20 日	出産予定 年月日	令和 〇 年 4 月 25 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 〇 年 4 月 20 日 住所 〇〇市〇〇丁目〇〇番地 証明者 氏名 〇〇病院 医師 〇 〇 〇 〇						
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 〇 年 6 月 20 日 住所 〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇〇号 請求者 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 職名 所属所名 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。							
所属所 受付印							

- 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。

令和 ○ 年 3 月 10 日から 令和 ○ 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 ○ 年 3 月 1 日 } 間 10 割 240,000 円
 令和 ○ 年 3 月 31 日 }

年 月 日 } 間 割 円
 年 月 日 }

年 月 日 } 間 割 円
 年 月 日 }

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

職名 ○ ○ 市長

所属機関の長又は
 給与事務担当者

氏名 ○ ○ ○ ○

「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 円 × $\frac{1}{22}$ = 平均標準報酬の日額 円 <small>(10円未満四捨五入)</small>		今回支給日数 (該当日に○印を付する) 月分					
平均標準報酬の日額 円 × $\frac{2}{3}$ = 1日あたり給付額 円 <small>(円未満四捨五入)</small>		曜日	1	8	15	22	29
1日あたり給付額 × 支給日額 = 給付決定額 円 × 日 = 円			2	9	16	23	30
給付決定額 - 控除額 = 円			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			