

課長	保 健	係

出 産 手 当 金 請 求 書

支 給 決 定 伺			
決 定 額			円

組合員証記号番号 又は個人番号※	—	組合員 氏 名	所 属 機 関 名	
資 格 取 得 年 月 日	年 月 日	資 格 喪 失 年 月 日		年 月 日
勤務できなかった 期間	年 月 日 から 年 月 日まで			
出産に関する医師 又は助産師の証明	出 産 年 月 日	年 月 日	出産予定 年 月 日	年 月 日
	出産・ 死産の別	出産・死産（妊娠 ヶ月）	出生児 の数	単胎・多胎（ 児）
	上記のとおり証明します。 令和 年 月 日 住所 証明者 氏名			
標準報酬月額	第 級	請求 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	請求 金 額
円				
上記のとおり請求します。 栃木県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				

※「個人番号」の記入は、必須ではありません。

添付書類

- ・勤務しなかった期間に支払われた報酬についての所属所長又は給与事務担当者の証明した「報酬支給額証明書」を添付してください。

報酬との調整

$$\begin{array}{l} \text{(標準報酬月額)} \\ \underline{\hspace{2cm}} \end{array} \text{円} \times \frac{1}{22} \div \begin{array}{l} \text{(標準報酬日額)} \\ \underline{\hspace{2cm}} \end{array} \text{円} \quad 10\text{円未満四捨五入}$$

$$\begin{array}{l} \text{(標準報酬日額)} \\ \underline{\hspace{2cm}} \end{array} \text{円} \times \frac{2}{3} \div \begin{array}{l} \text{(給付日額)} \\ \underline{\hspace{2cm}} \end{array} \text{円}$$

$$\begin{array}{l} \text{(給付日額)} \\ \underline{\hspace{2cm}} \end{array} \text{円} \times \begin{array}{l} \text{(給付日数)} \\ \underline{\hspace{2cm}} \end{array} \text{日} = \begin{array}{l} \text{(給付額)} \\ \underline{\hspace{2cm}} \end{array} \text{円}$$

$$\begin{array}{l} \text{(給付額)} \\ \underline{\hspace{2cm}} \end{array} \text{円} - \begin{array}{l} \text{(控除額)} \\ \underline{\hspace{2cm}} \end{array} \text{円} = \begin{array}{l} \text{支給決定額} \\ \underline{\hspace{2cm}} \end{array} \text{円}$$