

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※	1 2 3 - 4 5 6 7	組合員 氏 名	共 済 花 子	所 属 機 関 名	〇〇市役所
資 格 取 得 年 月 日	平成〇〇年 4 月 1 日	資 格 喪 失 年 月 日		年 月 日	
勤務できなかった 期間	令和〇〇年〇〇月〇〇日 から 令和〇〇年〇〇月〇〇日まで				
出産に関する医師 又は助産師の証明	出 産 年 月 日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	出産予定 年 月 日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	
	出産・ 死産の別	出産・死産（妊娠 〇ヶ月）	出生児 の数	単胎・多胎（ 〇 児）	
	上記のとおり証明します。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 住所 〇〇市〇〇町7-8-9 証明者 〇 〇 産婦人科 氏名 〇 〇 〇 〇 印				
標準報酬月額	第〇〇級	請求 期 間	令和〇〇年〇〇月〇〇日から 令和〇〇年〇〇月〇〇日まで		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 令和〇〇年 4 月 1 日 住所 〇〇市〇〇町4-5-6 請求者 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。 令和〇〇年 4 月 1 日 職名 〇 〇 市 長 所属所長 氏名 〇 〇 〇 〇					

※「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

$$\begin{array}{l} \text{(標準報酬月額)} \\ \underline{000,000} \text{ 円} \times 1/22 \approx \end{array} \begin{array}{l} \text{(標準報酬日額)} \\ \underline{0,000} \text{ 円} \end{array} \quad \text{10円未満四捨五入}$$

$$\begin{array}{l} \text{(標準報酬日額)} \\ \underline{000,000} \text{ 円} \times 2/3 \approx \end{array} \begin{array}{l} \text{(給付日額)} \\ \underline{00,000} \text{ 円} \end{array}$$

$$\begin{array}{l} \text{(給付日額)} \\ \underline{00,000} \text{ 円} \times \end{array} \begin{array}{l} \text{(給付日数)} \\ \underline{00} \text{ 日} \end{array} = \begin{array}{l} \text{(給付額)} \\ \underline{000,000} \text{ 円} \end{array}$$

$$\begin{array}{l} \text{(給付額)} \\ \underline{000,000} \text{ 円} - \end{array} \begin{array}{l} \text{(控除額)} \\ \underline{00,000} \text{ 円} \end{array} = \begin{array}{l} \text{支給決定額} \\ \underline{000,000} \text{ 円} \end{array}$$

報酬(一部または全部)を受けて
いる場合に記入してください。