

出産手当金請求書

第114条様式

給種コード	2	2	0			給付番号	
組合員証 記号番号	記号			番号		組合員 氏名	所属 機関名
標準報酬		級	月額			資格喪失日	平成 年 月 日
出 産 年 月 日	平成 年 月 日 (出産予定・平成 年 月 日)			勤務できな かった期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		
請求期間	平成 年 月 日から			平成 年 月 日まで			支給 日数
資 格 取 得 日	昭和 平成	年	月	日	請 求 金 額	円	決 金 定 額 * 円
出産に関する医師 又は助産師の証明	_____ 殿は、平成 年 月 日出産予定日のところ、 平成 年 月 日出産（妊娠 ヶ月）したことを証明する。 平成 年 月 日 住 所 証明者 氏 名 <div style="text-align: right;">⑩</div>						
上記のとおり請求します。 群馬県市町村職員共済組合理事長 殿 平成 年 月 日 住 所 請求者 氏 名 <div style="text-align: right;">⑩</div>							
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 職 名 所属所長 氏 名 <div style="text-align: right;">⑩</div>							

※ この請求書には、別途、報酬支給額証明書に所属機関の長又は給与事務担当者の証明を受け併せて提出してください。

所属所 担当者	⑩
------------	---

***** [共 済 組 合 記 入 欄] *****

標準報酬との調整

(標準報酬月額) (標準報酬の日額)
 _____ 円 × $\frac{1}{22}$ = _____ 円

(標準報酬の日額) (給付日額)
 _____ 円 × $\frac{2}{3}$ = _____ 円
(10円未満四捨五入)
(円未満四捨五入)

(給付日額) (支給日数) (給付額)
 _____ 円 × _____ 日 = _____ 円

(給付額) (控除額) **給付決定額**
 _____ 円 - _____ 円 = _____ 円

曜日	月分 (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	

曜日	月分 (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	

曜日	月分 (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	

曜日	月分 (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	