

出産手当金請求書

第114条様式

給種コード	2	2	0	所属機関名	〇〇市								
組合員証記号番号又は個人番号	記号	5	0	3	番号	2	3	4	5	6	組合員氏名	共済花子	
標準報酬	15級	月額	2	4	0	0	0	0	円	資格喪失日	平成△△年 4 月 1 日		
出産年月日	平成△△年 4 月 20 日 (出産予定・平成△△年 4 月 18 日)					勤務できなかつた期間	平成△△年 4 月 1 日から 平成△△年 6 月 15 日まで						
請求期間	平成△△年 4 月 1 日から					平成△△年 6 月 15 日まで					支給日数	55 日	
資格取得日	昭和	△△年 4 月 1 日		請求額	520,685 円			決金定額	* 円				
出産に関する医師 又は助産師の証明	<p>共済花子 殿は、平成△△年 4 月 18 日出産予定日のところ、平成△△年 4 月 20 日出産(妊娠10ヶ月)したことを証明する。 平成△△年 6 月 16 日 住所 前橋市大手町1-30-45 共済病院 証明者 氏名 鈴木 四郎 (印)</p>												
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 6 月 17 日 住所 前橋市元総社町355番地の8 請求者 氏名 共済花子 (印)													
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 6 月 18 日 所属所長 職名 〇〇市長 氏名 赤城 一郎 (印)													

1 組合員証記号番号を記入する場合は、個人番号は記入しないでください。

2 裏面に所属機関の長又は給与事務担当者の証明を受けてください。

所属所
担当者

(印)

平成△△年 4 月 1 日から平成△△年 6 月 15 日まで勤務しなかった期間に対して、次の金額の給料を支払ったことを証明する。

平成 △△ 年 4 月 1 日から 76 日間 割 0 円
 平成 △△ 年 6 月 15 日まで

平成 年 月 日から 日間 割 円
 平成 年 月 日まで

平成 年 月 日から 日間 割 円

平成 年 月 日まで 平成 年 月 日

所属機関の長 職 名 ○○市長

又 は

給与事務担当者 氏 名 赤 城 一 郎



*****【 共 済 組 合 記 入 欄 】*****

給料との調整

(給料額)

(給料日額)

円 × $\frac{1}{22}$ = 円
(10円未満四捨五入)

(給料日額)

(給付日額)

円 × $\frac{2}{3}$ × 1.25 (特別職は1) = 円
(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	