

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				
組合員等 記号・番号 又は 個人番号	記号			番号				組合員 氏名				
	個人番号											
標準報酬	級	月額					円	資格喪失日	令和	年	月	日
出産 年月日	令和 年 月 日 (出産予定・令和 年 月 日)						勤務できな かった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				
請求期間	令和 年 月 日から						令和 年 月 日まで			支給 日数	日	
資格 取得日	年	月	日	請求 金額	円			決 定 額	*	円		
出産に関する医師 又は助産師の証明	____ 殿は、令和 年 月 日出産予定日のところ、 令和 年 月 日出産（妊娠 ケ月）したことを証明する。 令和 年 月 日 所在地 証明者 名称 氏名											
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 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												

- 1 組合員等記号・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 報酬支給額等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添付してください。

***** [共 済 組 合 記 入 欄] *****

報酬との調整

(報酬額) (報酬日額)
 _____ 円 × $\frac{1}{22}$ = _____ 円
(10円未満四捨五入)

(報酬日額) (給付日額)
 _____ 円 × $\frac{2}{3}$ = _____ 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
	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
	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
	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
	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	