

# 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					
組合員証記号番号 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	請求額	円			決金額*	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 ヶ月）したことを証明する。 令和 年 月 日 住所 証明者 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。

令和 年 月 日から令和 年 月 日まで勤務しなかった期間に対して、次の金額の報酬を支払ったことを証明する。

令和 年 月 日から \_\_\_\_\_ 日間 \_\_\_\_\_ 割 \_\_\_\_\_ 円  
 令和 年 月 日から \_\_\_\_\_ 日間 \_\_\_\_\_ 割 \_\_\_\_\_ 円  
 令和 年 月 日から \_\_\_\_\_ 日間 \_\_\_\_\_ 割 \_\_\_\_\_ 円  
 令和 年 月 日から \_\_\_\_\_ 日間 \_\_\_\_\_ 割 \_\_\_\_\_ 円  
 令和 年 月 日から \_\_\_\_\_ 日間 \_\_\_\_\_ 割 \_\_\_\_\_ 円

令和 年 月 日

所属機関の長 職 名  
 又 は  
 給与事務担当者 氏 名

\*\*\*\*\* [ 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	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	