

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									
組合員等記号・番号 又は 個人番号	記号	5	0	3	番号		1	2	3	4	5	組合員氏名	共済 花子	
標準報酬	19	級	月額	2	4	0	0	0	0	円	資格喪失日	令和△△年 4月 1 日		
出産年月日	令和 △△ 年 4 月 20 日 (出産予定・令和△△年 4 月 18 日)						勤務できな かった期間	令和△△年 4月 1日から 令和△△年 6月 15日まで						
請求期間	令和△△年 4 月 1 日から						令和△△年 6 月 15 日まで				支給日数	5 5 日		
資格取得日	平成 △△年 4 月 1 日			請求額	520,685 円			決金額	*					円
出産に関する医師 又は助産師の証明	<p>共済 花子 殿は、令和△△年4月18日出産予定日のところ、 令和△△年4月20日出産（妊娠10ヶ月）したことを証明する。</p> <p>令和△△年6月15日</p> <p>所在地 前橋市大手町1-30-45 証明者 名称 共済病院 氏名 鈴木 四郎</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 様 令和 △△ 年 6 月 17 日 住所 前橋市元総社町335番地の8 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 △△ 年 6 月 18 日 職名 〇〇市長 所属所長 氏名 赤城 一郎														

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	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	