

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		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	55 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>住 所 前橋市大手町1-30-45 共済病院 証明者 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4月1日から令和△△年6月15日まで勤務しなかった期間に対して、次の金額の報酬を支払ったことを証明する。

令和 △△年 4月 1日から _____ 76 日間 _____ 0 割 _____ 0 _____ 円
 令和 △△年 6月 15日から _____ _____ _____ _____ _____ _____ 円
 令和 年 月 日から _____ _____ _____ _____ _____ _____ 円
 令和 年 月 日から _____ _____ _____ _____ _____ _____ 円
 令和 年 月 日から _____ _____ _____ _____ _____ _____ 円
 令和 年 月 日から _____ _____ _____ _____ _____ _____ 円

令和△△年 6月 18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] *****

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	