

出産手当金請求書

決定額 ※ 円

組合員証 記号・番号	△△△・△△△	組合員 氏名	共 済 花 子	所 属 機 関 名	〇〇市
出産年月日	平成 △△年 △△月 △△日	資格取得 年月日	昭和 △△年 △△月 △△日 平成 △△年 △△月 △△日	資格喪失 年月日	平成 年 月 日
勤務できな かった期間	平成 △△年 △△月 △△日から 平成 △△年 △△月 △△日まで	病院又は 診療所名 及 び 所 在 地	〇〇病院 〇〇市〇〇町△-△		
標準報酬 月額	第 △△ 級 △△△△ 円	請求期間	平成 △△年 △△月 △△日から 平成 △△年 △△月 △△日まで	請求 金額	円

必ず記入、証明を受けること。医師又は助産師による証明を受けてください。

出産に関する
医師又は
助産婦の意見
及び証明

出産予定日 平成 △△年 △△月 △△日

平成 △△年 △△月 △△日出産（単胎・多胎）したことを証明する。
平成 △△年 △△月 △△日

住 所 〇〇市〇〇町△-△
証明者 氏 名 〇〇 〇〇

忘れずに記入してください。

上記のとおり請求します。

山口県市町村職員共済組合理事長 様

平成 △△年 △△月 △△日

住 所 〒△△△-△△△△
〇〇市〇〇町△-△

請求者 氏 名 共 済 花 子

所属所により記入、証明してください。

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 △△月 △△日

職 名 〇〇市長
所属所長 氏 名 山 口 次 郎

[注] 1. ※印欄は記入しないでください。
2. 組合員証の記号・番号が不明なため該当欄に記入できない場合は、共済組合が定める「個人番号申告票」の添付に代えることができます。

この手当金は、出産日の次の日から56日（8週）過ぎた日以後に請求してください。

※	給種	220	番号		支給
---	----	-----	----	--	----

報酬 (注)との調整	※ 標準報酬 月 額		給付日額		今回支給日数(該当日に○印を付する。) △月 分							
	$\times \frac{1}{22} \times \frac{2}{3} =$ (10円未満四捨五入)		(円位未満四捨五入)		土曜日	1	8	15	22	29		
	給付日額		支給日数		給付額		日	2	9	16	23	30
	$\times =$				月	③	⑩	⑰	⑳	31		
	給付額		控除額		給付決定額		火	④	⑪	⑱	㉕	
	$- =$				水	⑤	⑫	⑲	㉖			
					木	⑥	⑬	⑳	㉗			
				金	⑦	⑭	㉑	㉘				
※ 支給開始日			※ 前回支給分			※ 今回支給分						
平成 年 月 日分から			平成 年 月 日分まで			平成 年 月 日分まで						

(注) 「報酬」とは、組合員が自己の労務の対償として受け取る給料(基本給)、諸手当等の全てです。ただし期末・勤勉手当等及び実費弁償的なものである出張旅費・災害派遣手当は除き、地方公共団体の給与条例等において給与として規定されている現物給与(通勤手当に相当するものとして支給される定期券等)を含みます。

出産手当金【記入例①】

報酬支給額証明書

【前提】土日が週休日の組合員
27年10月15日まで出勤(10割支給)
27年10月16日から産前期間(0割支給)

組合員氏名	共済 花子	組合員証記号番号	1 2 3 - 4 5 6
-------	-------	----------	---------------

期 間		平成 27 年 10 月 16 日から 31 日まで	平成 年 月 日から 日まで	平成 年 月 日から 日まで						
上記期間の支給対象日数		11 日	日	日						
給与支給割合(A)		0 割	割	割						
報 酬 ①		報酬日額算定対象額 (① * A)	報酬日額 ()日	報酬日額算定対象額 (① * A)	報酬日額 ()日	報酬日額算定対象額 (① * A)	報酬日額 ()日			
種 別	本来の支給額									
給料	320,200 円	0 円		円		円				
地域手当	10,191 円	0 円		円		円				
	円	円		円		円				
	円	円		円		円				
小 計										
報 酬 ②		左の手当に対する 期間内の支給割合 (B)	報酬日額算定対象額 (② * B)	報酬日額 (22)日	左の手当に対する 期間内の支給割合 (B)	報酬日額算定対象額 (② * B)	報酬日額 (22)日	左の手当に対する 期間内の支給割合 (B)	報酬日額算定対象額 (② * B)	報酬日額 (22)日
種 別	本来の支給額									
扶養手当	19,500 円	0.0	0 円			円			円	
住居手当	27,000 円	0.0	0 円			円			円	
寒冷地手当	円		円			円			円	
	円		円			円			円	
	円		円			円			円	
小 計										
報 酬 ③		左の手当に対する 期間内の支給割合 (C)	報酬日額算定対象額 (③ * C)	報酬日額 ()日	左の手当に対する 期間内の支給割合 (C)	報酬日額算定対象額 (③ * C)	報酬日額 ()日	左の手当に対する 期間内の支給割合 (C)	報酬日額算定対象額 (③ * C)	報酬日額 ()日
種 別	本来の支給額									
通勤手当	円		円			円			円	
小 計										
合計 (報酬① + ② + ③)										

平成 27 年 10 月の勤務しなかった期間について、上記の金額の報酬を支払ったことを証明します。

平成 △△ 年 △△ 月 △△ 日

所属所長又は
給与事務担当者

職 名 ○○○○
氏 名 ○○ ○○

担
当

出産手当金

【記入例②】 10割期間があり請求する場合

報酬支給額証明書

【前提】土日が週休日の組合員
27年10月15日まで出勤(10割支給)
27年10月16日から産前期間(10割支給)

組合員氏名	共済 花子	組合員証記号番号	1 2 3 - 4 5 6
-------	-------	----------	---------------

期 間		平成 27 年 10 月 16 日から 31 日まで	平成 年 月 日から 日まで	平成 年 月 日から 日まで						
上記期間の支給対象日数		11 日	日	日						
給与支給割合(A)		10 割	割	割						
報 酬 ①		報酬日額算定対象額 (① * A)	報酬日額 ()日	報酬日額算定対象額 (① * A)	報酬日額 ()日	報酬日額算定対象額 (① * A)	報酬日額 ()日			
種 別	本来の支給額									
給料	320,200 円	320,200 円		円		円				
地域手当	10,191 円	10,191 円		円		円				
	円	円		円		円				
	円	円		円		円				
小 計										
報 酬 ②		左の手当に対する 期間内の支給割合 (B)	報酬日額算定対象額 (② * B)	報酬日額 (22)日	左の手当に対する 期間内の支給割合 (B)	報酬日額算定対象額 (② * B)	報酬日額 (22)日	左の手当に対する 期間内の支給割合 (B)	報酬日額算定対象額 (② * B)	報酬日額 (22)日
種 別	本来の支給額									
扶養手当	19,500 円	1.0	19,500 円			円				円
住居手当	27,000 円	1.0	27,000 円			円				円
寒冷地手当	円		円			円				円
	円		円			円				円
	円		円			円				円
小 計										
報 酬 ③		左の手当に対する 期間内の支給割合 (C)	報酬日額算定対象額 (③ * C)	報酬日額 ()日	左の手当に対する 期間内の支給割合 (C)	報酬日額算定対象額 (③ * C)	報酬日額 ()日	左の手当に対する 期間内の支給割合 (C)	報酬日額算定対象額 (③ * C)	報酬日額 ()日
種 別	本来の支給額									
通勤手当	円		円			円				円
小 計										
合計 (報酬① + ② + ③)										

平成 27 年 10 月の勤務しなかった期間について、上記の金額の報酬を支払ったことを証明します。

平成 △△ 年 △△ 月 △△ 日

所属所長又は
給与事務担当者

職 名 ○○○○
氏 名 ○○ ○○

担
当