

保健課長	保健課長補佐	保健係長	合 議	主 任	支出決定 何

出産手当金請求書 (220)

※ 決 定 額 円

組合員区分	所属所番号	組合員等番号	組 合 員 氏 名	所 属 機 関 名
1 一般 2 任継			生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	
資 格 取 得	昭和 平成 令和	年 月 日	資格喪失	令和 年 月 日
支 給 期 間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日	休業日数	日
出産年月日	令和 年 月 日	出産予定日	令和 年 月 日	出産児の数 児
請求期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日	請求金額	円
資格喪失後の社会保険等への加入状況	被扶養者として	令和 年 月 日加入	被保険者として	令和 年 月 日加入
出産に関する 医師又は 助産師の証明	出産年月日	令和 年 月 日	出産予定日	令和 年 月 日
	出産又は死産の別	出産 ・ 死産 (妊娠 週)	出産児の数	単胎 ・ 多胎 (児)
	上記のとおり、証明します。 令和 年 月 日 住所 証明者 氏名 ㊟			
上記のとおり請求します。 千葉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				
組合受付印	再受付印	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 医師及び所属機関の長又は、給与事務担当者の証明を受けてください。
- 2 任意継続組合員は、標準報酬の月額欄に任意継続組合員の標準となった標準報酬の月額を記入してください。
- 2 ※印欄は記入しないでください。

報酬支払の証明欄

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報酬が支払われたことを証明する。

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 間 割 円
 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 間 割 円
 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 間 割 円
 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 間 割 円

(報酬の日額×日数)

令和 年 月 日

所属機関の長又は
給与事務担当者 職 名 氏 名 ㊟

※

標準報酬の月額 給付日額
 円 × $\frac{1}{22}$ × $\frac{2}{3}$ = 円
 給付日額 支給日数 給付額
 円 × = 円
 給付額 控除額 給付決定額
 円 - = 円

月							月							月							月							月						
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	日				29	30	31	日				29	30	31	日				29	30	31	日				29	30	31	日			