

出産手当金請求書(220)

保健課長	保健課長補佐	保健係長	合 議	主 任	支

※ 決 定 額

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	9 9 9	9 9 9 9	共 済 花 子	〇〇市
昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日			令和 〇 年 〇 月 〇 日	

資格取得	昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日	資格喪失	令和 〇 年 〇 月 〇 日	標準報酬の額	△△ △△△,△△△
------	-----------------	------	----------------	--------	---------------

支給期間	令和 〇 年 5 月 1 日 から 令和 〇 年 6 月 30 日	休業日数	45 日
------	-----------------------------------	------	------

出産年月日	令和 〇 年 3 月 20 日	出産予定日	令和 〇 年 3 月 15 日	出産児の数	1 児
-------	-----------------	-------	-----------------	-------	-----

請求期間	令和 〇 年 5 月 1 日 から 令和 〇 年 6 月 30 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 〇 年 〇 月 〇 日加入	被保険者として 令和 〇 年 〇 月 〇 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 〇 年 3 月 20 日	出産予定日	令和 〇 年 3 月 15 日
	出産又は 死産の別	①出産 ・ 死産 (妊娠 週)	出産児の数	①単胎 ・ 多胎 (児)

上記のとおり、証明します。
令和 〇 年 7 月 1 日

住所 千葉市中央区 1-13-3
証明者 氏名 共済病院 印

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 〇 年 7 月 2 日

〒 260-8502
住所 千葉市中央区中央港 1-13-3
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 〇 年 7 月 3 日

職 名 〇〇市長
所属所長 氏 名 〇〇〇〇

組合受付印 再受付印

請求期間中に支給された報酬を記入し、明細として「報酬支給額明細書」を添付してください。
※0円の場合には、「報酬支給額明細書」の添付は不要です。

標準報酬の等級、月額を記入してください。

証明印が必要です。

報酬支払の証明欄

令和 〇 年 5 月 1 日 から 令和 〇 年 6 月 30 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 〇 年 5 月 1 日 ~ 令和 〇 年 6 月 30 日	間 △ 割 △△△,△△△ 円
令和 〇 年 〇 月 〇 日 ~ 令和 〇 年 〇 月 〇 日	間 割 円
令和 〇 年 〇 月 〇 日 ~ 令和 〇 年 〇 月 〇 日	間 割 円
令和 〇 年 〇 月 〇 日 ~ 令和 〇 年 〇 月 〇 日	間 割 円

(報酬の日額×日数)

令和 〇 年 7 月 2 日

所属機関の長又は
給与事務担当者 職 名 〇〇市長
氏 名 〇〇〇〇 印

証明印が必要です。

※

標準報酬の月額	円	×	$\frac{1}{22}$	×	$\frac{2}{3}$	=	円
給付日額	円	×				=	円
給付額	円	×				=	円
給付額	円	-				=	円

5 月							6 月							7 月							8 月							9 月						
月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日
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	⑬	⑭	⑮	⑯	20	21	22	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14
⑬	⑭	⑮	⑯	20	21	22	⑳	㉑	㉒	㉓	㉔	㉕	㉖	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	
㉑	㉒	㉓	㉔	㉕	28	29	㉖	㉗	㉘	㉙	㉚	㉛	㉜	29	30	31					29	30	31					29	30	31				

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。
※印欄は記入しないでください。