

|           |        |      |    |       |    |   |
|-----------|--------|------|----|-------|----|---|
| 支給決定<br>伺 | 支給決定金額 | 事務局長 | 課長 | 主幹・係長 | 課員 | 係 |
|           | ¥      | 円    |    |       |    |   |
|           | 自      | 年    | 月  | 日     |    |   |
|           | 至      | 年    | 月  | 日     |    |   |
|           |        |      |    |       |    |   |

## 出産手当金請求書

|  |                      |             |                                |               |   |       |
|--|----------------------|-------------|--------------------------------|---------------|---|-------|
| 組合員証<br>記号番号   | —                    | 組合員氏名       |                                |               |   | 所属機関名 |
| 資格取得<br>年月日  | 年 月 日                | 資格喪失<br>年月日 | 年 月 日                          |               |   |       |
| 勤務できな<br>かった期間   | 年 月 日 から<br>年 月 日 まで | 請求期間        | 年 月 日 から<br>年 月 日 まで           |               |   |       |
| 標準報酬月額   | 等級                   | 円           | 支給開始月以前<br>直近12ヵ月の<br>平均標準報酬月額 | ※             | 円 | 請求金額  |
| 又出<br>は産<br>助に<br>産関<br>師す<br>のる<br>証医<br>明師   | 出産年月日                | 年 月 日       | 出産予定<br>年月日                    | 年 月 日         |   |       |
|  | 出生児の数                | 単胎 多胎 ( 児)  | 生産又は<br>死産の別                   | 生産 死産 (妊娠 ヲ月) |   |       |
|  | 上記のとおり相違ないことを証明します。  |             |                                |               |   |       |
| <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: right;">1 医師 医療機関名</p> <p style="text-align: right;">2 助産師 氏名</p>                                 |                      |             |                                |               |   |       |
| <p>上記のとおり請求します。</p> <p>佐賀県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: right;">請求者</p> <p style="text-align: right;">氏名</p> |                      |             |                                |               |   |       |
| <p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職名</p> <p style="text-align: right;">所属所長</p> <p style="text-align: right;">氏名</p>             |                      |             |                                |               |   |       |

- 1 所属機関の長及び給与事務担当者の証明を受けたうえ、組合に提出してください。
- 2 報酬の一部が支給されているときは、「報酬支給額証明書」を提出してください。
- 3 ※印欄は記入しないでください。

年 月 日 から 年 月 日 まで出勤しなかった  
期間に対して次の報酬を支払ったことを証明する。

年 月 日 } 間 割 円  
 年 月 日 }  
 年 月 日 } 間 割 円  
 年 月 日 }  
 年 月 日 } 間 割 円  
 年 月 日 }

「報酬」とは、組合員が自己の  
労務の対象として受け取る給料  
(基本給)、諸手当の全てです。  
ただし、期末・勤勉手当等を除く。

年 月 日

所属機関の長 職名  
又は  
給与事務担当者 氏名

※今回支給日数 (該当日に○印を付する)

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

支給開始月以前直近12ヵ月の  
平均標準報酬月額

給付日額

※ 円 ×  $\frac{1}{22}$  ×  $\frac{2}{3}$  = 円

円 ×  $\frac{1}{22}$  ×  $\frac{2}{3}$  = 円

給付日額 円 × 支給日数 日 = 給付額 円

円 × 日 = 円

給付額 円 - 控除額 円 = 給付決定額 円

|          |          |           |         |
|----------|----------|-----------|---------|
| ※ 支給開始日  | ※ 支給終了日  | ※ 出産予定年月日 | ※ 出産年月日 |
| 年 月 日 から | 年 月 日 まで | 年 月 日     | 年 月 日   |