

支給決定 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					
		日					

出 産 手 当 金 請 求 書

組合員等 記号番号	—		組合員氏名				所 属 機 関 名	
資格取得 年 月 日	年 月 日		資格喪失 年 月 日		年 月 日			
勤務できな かった期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		請求期間		年 月 日 から 年 月 日 まで			
標準報酬月額	等級 円		支給開始月以前 直近12ヵ月の 平均標準報酬月額		※ 円		請求金額 円	
又出 は産 助に 産関 師す のる 証医 明師	出産年月日	年 月 日		出 産 予 定 年 月 日		年 月 日		
	出生児の数	単胎 多胎 (児)		生 産 又 は 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。 <div> <div>年 月 日</div> <div>住 所</div> <div>1 医 師</div> <div>医療機関名</div> <div>証明者</div> <div>2 助産師</div> <div>氏 名</div> </div>							
上記のとおり請求します。 佐賀県市町村職員共済組合理事長 様 <div> <div>年 月 日</div> <div>住 所</div> <div>請 求 者</div> <div>氏 名</div> </div>								
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 <div> <div>年 月 日</div> <div>職 名</div> <div>所属所長</div> <div>氏 名</div> </div>								

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
		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	
月		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	
月		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	
月		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	

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 支給日数 給付額
円 × 日 = 円

円 × 日 = 円

給付額 控除額 給付決定額
円 - 円 = 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