

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	一	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			
勤務できなかつた期間	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カ月の 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	出産予定期 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	(妊娠カ月)
	上記のとおり相違ないことを証明します。					
	年月日	住 所				
	1 医 師 証明者	医療機関名				
2 助産師	氏 名					
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						
年月日	住 所					
請求者	氏 名					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。						
年月日	職 名					
所属所長	氏 名					

- 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）

	1	8	15	22	29
月	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	

	1	8	15	22	29
月	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	

	1	8	15	22	29
月	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

$$\text{※} \quad \text{円} \times \frac{1}{22} \times \frac{2}{3} = \text{円}$$

$$\text{円} \times \frac{1}{22} \times \frac{2}{3} = \text{円}$$

$$\begin{array}{l} \text{給付日額} \quad \text{支給日数} \quad \text{給付額} \\ \text{円} \quad \times \quad \text{日} \quad = \quad \text{円} \end{array}$$

$$\text{円} \quad \times \quad \text{日} \quad = \quad \text{円}$$

$$\begin{array}{l} \text{給付額} \quad \text{控除額} \quad \text{給付決定額} \\ \text{円} \quad - \quad \text{円} \quad = \quad \text{円} \end{array}$$

※ 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