

出産手当金請求書

		※決定額		円	No.
組合員証	記号 番号	組合員 氏名	所属 機関名		
出産年月日	年月日	区分	組合員	任意継続組合員	
出産予定年月日	年月日	資格取得	年月日	年月日	
		資格喪失 (退職の翌日)	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 (支給開始月以前12月分)	年月第級 円 年月第級 円 年月第級 円	請求金額	円		
出産に関する 医師又は 助産師の証明	出産者氏名				
	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)	出産又は死産の別	出産・死産(妊娠満週日)	
	出産について、上記のとおり証明します。 年月日 証明者 住所 氏名 電話 ④				
他の社会保険への加入の有無	有 (年月日から 保険加入) ・ 無				
上記のとおり請求します。 愛媛県市町村職員共済組合理事長 殿 年月日 請求者 住所 氏名 ④					
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 所属所長 職名 氏名 ④					

1 必要事項を記載し、所属所長、所属機関の長又は給与事務担当者の証明を受けたくえ提出して下さい。
2 組合員・任意継続組合員の資格喪失後に加入している健康保険証の写しを提出して下さい。
3 報酬とは、給料及び各市町の給与条例等で定められている諸手当(期末・勤勉手当を除く)をいいます。
4 ※印欄は、記入しないで下さい。

所属機関の長又は給与事務担当者の証明

年月日から年月日まで出勤しなかった期間に対して、次の金額の報酬を支払ったことを証明します。

期間	本来支給額	給料月額	扶養手当	住居手当			計
		円	円	円	円	円	円
自 年 月 日 割		円	円	円	円	円	円
自 年 月 日 割		円	円	円	円	円	円
自 年 月 日 割		円	円	円	円	円	円
自 年 月 日 割		円	円	円	円	円	円
自 年 月 日 割		円	円	円	円	円	円

年月日

(証明者) 所属機関の長又は 職名
給与事務担当者 氏名 ④

※出産手当金計算書

1 平均標準報酬日額
円 × 1 / 22 = 円 … (A)
(平均標準報酬月額) (10円未満四捨五入)

2 給付日額
(A) × 2 / 3 = 円 … (B)
(円未満四捨五入)

3 給付額
(B) × (給付日数) = 円 … (C)

4 報酬との調整
円 × / 10 = 円 … (D) ((D) × 1 / (勤務を要する日数)) + ((E) × 1 / 22) = 円 … (F)
(給料月額) (支給割合) (円未満切捨て) (報酬日額) (円未満切捨て)
円 × / 10 = 円 … (E) ((B) - (F)) × (給付日数) = 円 … (G)
(その他手当) (支給割合) (円未満切捨て) (給付日数) (給付決定額)

※支給開始日

※前回支給分

※今回支給分

年月日分

年月日分

年月日分