出産手当金請求書

※決定額	円	No.

組合員証	記号	○○○	組合員	共済　愛子	所属機関名	○○市
	番号	○○○	氏名			

		区分	組合員	任意継続組合員
出産年月日	令和 ○年 3月 25日	資格取得	平成 ○年 ○月 ○日	令和 ○年 4月 1日
出産予定年月日	年 月 日	資格喪失（退職の翌日）	令和 ○年 4月 1日	令和 ○年 ○月 ○日

勤務できなかった期間	令和 ○年 2月 12日から 令和 ○年 5月 20日まで	請求期間	令和 ○年 4月 1日から 令和 ○年 5月 20日まで
標準報酬月額 （支給開始月以前12月分）	○年 4月 第○級 ○○○○○○円 ○年 9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	共済　愛子		
出産年月日	令和 ○年 3月 25日	出産予定年月日	令和 ○年 3月 28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。

令和　○年　○月　○日

証明者　住所 ○○郡○○町○○○
氏名 ○○産婦人科　○○ ○○　㊞
電話 （○○○○）○○－○○○○

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

令和　○年　○月　○日

請求者　住所 ○○郡○○町○○丁目○－○
氏名 共済　愛子　㊞

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和　○年　○月　○日

所属所長　職名 ○○市長
氏名 ○○ ○○　印

1　必要事項を記載し、所属機関の長又は給与事務担当者の証明を受けたうえ提出して下さい。
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

令和 ○ 年 2 月 12 日から 令和 ○ 年 3 月 31 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
	250,500 円	19,500 円	10,000 円	円	円	280,000 円
自 令和 ○ 年 2 月 12 日 至 28 日	10 割 137,775 円	10,725 円	5,500 円	円	円	154,000 円
自 令和 ○ 年 3 月 1 日 至 31 日	10 割 250,500 円	19,500 円	10,000 円	円	円	280,000 円
自 年 月 日 至 日	割 円	円	円	円	円	円
自 年 月 日 至 日	割 円	円	円	円	円	円
自 年 月 日 至 日	割 円	円	円	円	円	円

令和　○年　○月　○日

（証明者）所属機関の長又は給与事務担当者　職名 ○○市長　○○ ○○
氏名 ○○課○○係　○○ ○○　㊞

※出産手当金計算書

1　平均標準報酬日額

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

2　給付日額

（A） × 2 ／ 3 ＝ 円（円未満四捨五入）　…（B）

3　給付額

（B） × 日（給付日数） ＝ 円　…（C）

4　報酬との調整

（給料月額（地域手当含む））　円 × ／10 ＝ 円（円未満切捨て）…（D）
（支給割合）

（その他手当）　円 × ／10 ＝ 円（円未満切捨て）…（E）
（支給割合）

（（D）×1／（勤務を要する日数））＋（（E）×1／22）＝ 円（報酬日額（円未満切捨て））…（F）

（（B）－（F））× 日（給付日数） 円（給付決定額）…（G）

※支給開始日	※前回支給分	※今回支給分
年 月 日分から	年 月 日分まで	年 月 日分まで