

決定額	※
-----	---

円

出産手当金請求書

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	資格取得	年 月 日	資格喪失
出産予定年月日	年 月 日	年 月 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	病院名又は 診療所名		
標準報酬 月額	等級 円	所在地		
請求期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	請求金額	円	
出産に関する 医師又は助産 師の証明	出産年月日	年 月 日	出産予定年月日	年 月 日
	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠ヶ月)	出生児の数	単胎・多胎(児)
上記のとおり証明します。 年 月 日 住所 証明者 氏名				
上記のとおり請求します。 山梨県市町村職員共済組合理事長 殿 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 所属所長 職名 氏名				

① 組合員証の記号・番号、組合員氏名、所属機関名（市町村・一部事務組合）を記入してください。

② 出産（予定）年月日・資格取得年月日・資格喪失年月日を記入してください。

③ 出産の日（出産の日が出産の予定日後であるときは、出産の予定日）以前42日から出産の日の翌日から56日までの間において勤務できなかった期間を記入し出産した医療機関等を記入してください。

④ 標準報酬月額及び出産した医療機関等の所在地を記入してください。

⑤ 請求期間及び請求金額を記入してください。

⑥ 出産に関する医師等の証明を受けてください。

⑦ 請求年月日と請求者の住所・氏名を記入してください。

⑧ 請求内容を確認の上、証明年月日と所属所長（市町村長・一部事務組合管理者）の職名・氏名を記入し押印してください。

1. 裏面に所属機関の長又は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. ※印欄は記入しないでください。

印

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 }
年 月 日 }
年 月 日

所属機関の長 職名
又は
給与事務担当者 氏名 印

① 勤務できなかった期間に対し支給した報酬（給料及び手当）及び所属所長（市町村長・一部事務組合管理者）又は給与事務担当者の氏名等を記入し証明印を押印してください。

<p>平均標準報酬月額 円 × 1 / 22 = 円 (10円未満四捨五入)</p> <p>標準報酬日額 円</p> <p>標準報酬日額 円 × 2 / 3 = 円 (円未満四捨五入)</p> <p>給付日額 支給日数 給付額 円 × 日 = 円</p> <p>給付額 控除額 給付決定額 円 - 円 = 円</p>	<p>今 回 支 給 日 数 (該当日に○印を付する。)</p> <p>年 月 分</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">曜日</td> <td style="width: 5%;">1</td> <td style="width: 5%;">8</td> <td style="width: 5%;">15</td> <td style="width: 5%;">22</td> <td style="width: 5%;">29</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2</td> <td>9</td> <td>16</td> <td>23</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3</td> <td>10</td> <td>17</td> <td>24</td> <td>31</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4</td> <td>11</td> <td>18</td> <td>25</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>5</td> <td>12</td> <td>19</td> <td>26</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>6</td> <td>13</td> <td>20</td> <td>27</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>7</td> <td>14</td> <td>21</td> <td>28</td> <td></td> </tr> </table>	曜日	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	
曜日	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																																								
※ 支給開始日		※ 今回支給分																																										
年 月 日から		年 月 日まで																																										

② 請求額を計算式により算出してください。
また、勤務を要する日のうち、出産手当金の支給対象日に○印をしてください。

平均標準報酬月額：出産手当金の支給を始める月（支給開始月）以前の1年間（12ヶ月）の標準報酬月額平均。
支給開始月以前の期間が1年間（12ヶ月）未満の場合は次のア、イのいずれか低い金額。
ア 支給開始月以前の各月の標準報酬月額平均
イ 令和2年9月30日の全組合員の平均標準報酬月額平均額 380,000円

支給日数：請求期間内に支給された報酬が出産手当金の給付日額を下回った日数。
控除額：出産手当金の支給期間中に支給された報酬（給料及び手当）を日額に直した報酬日額。