

# 出産手当金請求書

※決定額  
円

組合員証 番号		職名		組合員 氏名	
資格取得 年月日	昭和 平成 年 月 日	所属 コード		所属 所名	
出産年月日	令和 年 月 日	多胎	有	資格喪失	令和 年 月 日
出産予定日	令和 年 月 日	該当	無	年 月 日	
勤務できな かった期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで				
標準報酬月額	円	請求 期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	請求 金額	円
出産予定日に関する 医師または 助産師の意見書(1)	出産予定日は令和 年 月 日です。 令和 年 月 日 (医師・助産師) 住所 氏名 ㊟				
医師または 助産師の証明(2)	令和 年 月 日 様は(正常・異常)出産・双生児出産、 死産、流産(妊娠 カ月または妊娠 週)したことを証明します。 令和 年 月 日 証明者(医師・助産師) 住所 氏名 ㊟				
どちらかにチェック→ 公金受取口座を <input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない					
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合秋田支部長 様 令和 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。 令和 年 月 日 〒 所在地 所属名 所属所長職氏名 ㊟					

- 裏面に所属所長または給与事務担当者の証明を受けたいえ、共済組合に提出してください。
- 請求書は暦月単位で作成してください。
- 出産予定日に基づいて、出産前に係る請求をする場合は(1)に、出産の日後請求する場合は(2)に  
医師または助産師の証明を受けてください。
- 出産予定日に基づいて出産前に請求する場合で、多胎妊娠のときはその旨の医師の証明を添付してください。
- 添付書類①請求月の月末まで処理済みの「出勤簿」の写し  
②請求月の「給与支給明細書」の写し(給与支給明細書が発行されない場合は不要です。  
※請求月の給与支給において給与が調整されず、翌月以降の調整となった場合は、調整した月の  
給与支給明細書もしくは戻入・追及額がわかる書類が必要です。  
給与の締め日が月の途中になる場合は、請求期間に支給された全ての給与支給明細書が必要です。  
③退職後に加入した医療保険証の写し(退職後に請求する場合のみ)。

# 報酬支給証明

組合員証番号

組合員氏名

**この請求書で請求する月について証明をしてください。**

証明する月の途中で報酬の支給割合が変わった場合は、その割合ごとに記入してください。

令和	年	月	日	}	間	割
令和	年	月	日	}		
令和	年	月	日	}	間	割
令和	年	月	日	}		
令和	年	月	日	}	間	割
令和	年	月	日	}		

支給について、請求月の支給において調整されています。

請求月の支給において調整されず、翌月以降の支給で調整します。

請求月の支給において調整されず、戻入もしくは追及となります。

※いずれかにチェックをいれてください。

標準報酬月額		今月支給日数(該当日に○印)					
平均標準報酬月額 円 × 1/22 =	平均標準報酬日額 円 (10円未満四捨五入)	月分 日					
		曜日	1	8	15	22	29
平均標準報酬日額 円 × 2/3 =	給付日額 円 (円未満四捨五入)	2	9	16	23	30	
給付日額 円 ×	支給日数 日 =	3	10	17	24	31	
	給付額 円	4	11	18	25		
給付額 円 -	控除額 円 =	5	12	19	26		
	給付決定額 円	6	13	20	27		
		7	14	21	28		

令和 年 月 日

所属所長

又は

職名

給与事務担当者

氏名

印

※所属所長、または給与事務担当者により必ず証明してください。