

出産手当金請求書

※決定額

円

組合員証番号	12345	職名	教諭	組合員氏名	公立 花子
資格取得年月日	昭和 ○年○月○日 平成	所属コード	54321	所属所名	秋田市立○○小学校
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 秋田市共済町1-1 氏名 ○○病院 東北 三郎				
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 checked="" 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 〒010-○○○○ 住 所 秋田市山王町1-1 請求者 氏 名 公立 花子					
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 〒010-○○○○ 所在地 秋田市○○○○111 所属名 秋田市立○○小学校 所属所長職氏名 校長 共済 一郎					

東北

印

職印

- 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場合、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

12345

組合員氏名

公立 花子

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	10	割
令和 ○年 ○ 月 ○日				
令和 ○年 ○ 月 ○日	}	間	0	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	平均標準報酬日額	○ 月分 10 日					
○○○○○ 円 × 1/22 =	○○○○ 円 (10円未満四捨五入)	月	1	8	15	22	29
平均標準報酬日額	給付日額	火	2	9	16	23	30
○○○○○ 円 × 2/3 =	○○○○ (円未満四捨五入)	水	3	10	17	24	31
給付日額	支給日数	木	4	11	18	25	
○○○○○ 円 × 10 日 =	○○○○○ 円	金	5	12	19	26	
給付額	控除額	土	6	13	20	27	
○○○○○ 円 -	円 =	日	7	14	21	28	

令和 年 月 日

所属所長

又は

職名 秋田市立○○小学校長

給与事務担当者

氏名 共済 一郎 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。