


<提出先>所属所 → 給与支給担当部署 → 公立学校共済組合広島支部
 (例) 請求者が県費負担教職員(県立学校及び事務局を除く。) → 教職員課職員給与室
 給与支給担当の方へ 裏面の報酬支給額証明後、公立学校共済組合広島支部まで速やかに転送願います。

所属所受付印

 必ず受付印等を押すこと

記入例 休業手当金、出産手当金 請求書

組合員氏名						給付内容						請求期間						給付数		※給付率													
組合員証番号						(いずれかに○)						年号		年		月		始日		終日		(共済組合使用欄)											
公立 花子						休業 ・ ○ <u>出産</u>						5		0		3		0		5		1		9		3		1		0		9	
1 2 3 4 5 6																																	
出産年月日						※ 控除額						※ 決定額 (共済組合使用欄)																					
年号 年 月 日						出産手当金						出産手当金																					
5 0 3 0 6 2 4																																	
所属所名 所属所コード						○ ○ 大学 9 8 7 6 5						勤務できなかった期間						令和 ○年 5月19日から		令和 ○年 5月31日まで													
標準報酬の等級・月額						18等級 220,000円						請求金額						55,440円															
資格取得年月日						昭和 ○ <u>平成</u> 29年 4月 1日 令和						資格喪失年月日						令和 年 月 日															
出産児氏名及び続柄						公立 学(長男)						標準報酬月額 平均額 (※裏面参照)						203,333円															
出産手当金						出産予定日						出産は令和 ○年 6月 29日の 予定である。 ○ <u>予定であった。</u>																					
医師又は助産師の証明						令和 ○年 6月 24日 <u>公立 花子</u> は○ <u>出産</u> ・死産・流産(妊娠 か月)したことを証明する。 *多胎妊娠に該当(する ・ <u>しない</u>)						令和 ○年 7月 5日 証明者住所 広島市○区△町5-6 氏名 ○○病院 佐藤 太郎																					
休業できなかった理由 (病気又は負傷の名称)						被看護人氏名 (組合員との続柄)						()																					
根拠規定						地方公務員等共済組合法第70条第 号に該当することを証明する。 職名 令和 年 月 日 所属所長 氏名																											

休業手当金または出産手当金の調整に係る給与報酬の明細書等を添付の上、上記のとおり請求します。
 公立学校共済組合広島支部長 様 住所 広島市○区△町1-2
 令和 ○年 7月 16日 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 7月 21日

所属所名 ○○大学
 所属所長 職・氏名 理事長 共済 一朗

- 【添付書類】
 休業手当金の場合
 出勤簿の写し 給与明細書の写し
 出産手当金の場合
 給与明細書の写し

注1 自治体等の規則改正により所属所長の公印が廃止されている場合は、所属所長の私印を押印してください。
 注2 ※欄は、記入しないでください。

*減額後の実績額の欄には、当該月の前月の減額を含めないでください。
例. 休業 10月～11月（当該月 11月）
11月に減額する10月分の給与→加味しない
12月に減額する11月分の給与→加味する

令和 ○年 5月 の給与報酬等は、次のとおりであることを証明する。

1 支給された給与報酬等の金額

種 別	本来の支給額	減額後の実績額
給料計 （給料月額＋教職調整額）	191,254円	105,574円
給料月額（給料の調整額を含む） 法人契約職 1級 29号給	191,254円	105,574円
教職調整額	0円	0円
地域手当	11,857円	6,537円
扶養手当	0円	0円
住居手当	0円	0円
通勤手当	5,000円	5,000円
義務教育等教員特別手当	円	円
	円	円
	円	円
合 計	208,111円	117,111円

当該月以外に当該月分として一括等で支給された手当等があれば、記入してください。

種 別	支給対象期間	支給額
(令和 年 月支給)	令和 年 月分～令和 年 月分	円
(令和 年 月支給)	令和 年 月分～令和 年 月分	円

2 給与の減額の対象となった期間

令和 ○年 5月 19日 から } 減額時間数 70 時間
令和 ○年 5月 31日 まで } (30分未満切捨30分以上切上)

3 減額された給与額 91,000 円

令和 ○年 7月 21日 所属所名 ○○大学
所属機関の長又は 職 名 理事長
給与事務担当者 氏 名 共済 一郎



●出産手当金支給開始日の属する月以前の直近の継続した12か月の標準報酬月額

(出産手当金初月請求の際に記入すること。2月目以降及び休業手当金請求の場合記入不要)

標準報酬月額	令和 △年 6月	令和 △年 7月	令和 △年 8月	令和 △年 9月	令和 △年 10月	令和 △年 11月
	200,000 円	200,000 円	200,000 円	200,000 円	200,000 円	200,000 円
	令和 △年 12月	令和 ○年 1月	令和 ○年 2月	令和 ○年 3月	令和 ○年 4月	令和 ○年 5月
	200,000 円	200,000 円	200,000 円	200,000 円	220,000 円	220,000 円

請求初月

12か月の合計額 2,440,000 円 × 1 / 12 = 203,333 円 ※この金額を表面に記入

<出産手当金支給開始日の属する月以前に標準報酬月額が定められている月が12月に満たない場合>

A ()月の合計額 円 × 1 / ()月 = 円

B 共済組合の平均標準報酬月額 円 ※A・Bのうち低い金額を表面に記入