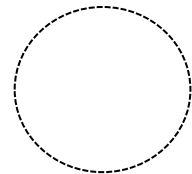


出 産 手 当 金 請 求 書



決定額 別紙のとおり

所属所受付印

組合員等 記号番号	公立茨城	フリガナ		所属所名	
	第 号	組合員氏名		所属コード	
出 産 年 月 日 (予 定)	令和 年 月 日				
資 格 取 得 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日	資 格 喪 失 年 月 日	令和 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	病院又は 診療所名等 及び所在地			
医 師 又 は 助 産 師 の 証 明	出産予定日の証明	令和 年 月 日	出産予定日		
	出産に関する証明	令和 年 月 日	出産・死産・流産(妊娠 箇月)		
	(出産児数 人)				
上記のことを証明します。 令和 年 月 日 病院又は診療所名等 医師又は助産師の氏名 ⑩					
標準報酬月額	等級 円	請求 期間	令和 年 月 日 令和 年 月 日	請求 金額	円
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合茨城支部長 殿 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 職 名 所属所長 氏名 印					
所属所所在地	(〒 ー) (電話番号)				

- (注) 1 医師又は助産師の証明は、必ず出産予定日の証明も受けて下さい。
2 裏面もコピーすること。

※今回支給日数

曜日	月分				
	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	月分				
	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	月分				
	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	

※

$$\begin{array}{l} \text{円} \times \frac{1}{22} = \text{円} \\ \text{標準報酬月額} \quad \text{標準報酬日額(10円未満四捨五入)} \\ \\ \text{円} \times \frac{2}{3} = \text{円} \\ \text{標準報酬日額} \quad \text{給付日額(1円未満四捨五入)} \\ \\ \text{円} \times \text{日} = \text{円} \\ \text{給付日額} \quad \text{支給対象日数} \quad \text{給付額} \\ \\ \text{円} - \text{円} = \text{円} \\ \text{給付額} \quad \text{控除額} \quad \text{給付決定額} \end{array}$$

※

曜日	月分				
	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				※前回支給分				※今回支給分			
令和	年	月	日	令和	年	月	日	令和	年	月	日

- (注) 1 「標準報酬月額」の欄は、退職時の標準報酬月額を記入してください。
任意継続組合員にあっては、任意継続掛金の標準となった標準報酬月額を記入してください。
- 2 退職後、又は任意継続組合員が請求する場合は、所属所長の証明は不要です。
- 3 ※印欄は記入しないで下さい。