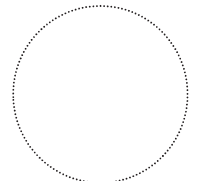


出産手当金請求書



所属所受付印

決定額	別紙のとおり
-----	--------

組合員証 記号番号	公立茨城 第 号	フリガナ 組合員氏名 [給与のゴム印]	所属所名 所属コード [給与のゴム印]		
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 ㊟				
標準報酬月額	等級 円	請求期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	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 ㊟					
所属所所在地	(〒 -) (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ください。
2 裏面もコピーすること。

※今回支給日数

月分					
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	

月分					
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	

月分					
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	

※

$$\frac{\text{円}}{\text{標準報酬月額}} \times \frac{1}{22} = \frac{\text{円}}{\text{標準報酬日額 (10円未満四捨五入)}}$$

$$\frac{\text{円}}{\text{標準報酬日額}} \times \frac{2}{3} = \frac{\text{円}}{\text{給付日額 (1円未満四捨五入)}}$$

$$\frac{\text{円}}{\text{給付日額}} \times \frac{\text{日}}{\text{支給対象日数}} = \frac{\text{円}}{\text{給付額}}$$

$$\frac{\text{円}}{\text{給付額}} - \frac{\text{円}}{\text{控除額}} = \frac{\text{円}}{\text{給付決定額}}$$

※

月分					
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	※前回支給分	※今回支給分
令和 年 月 日分	令和 年 月 日分まで	令和 年 月 日分まで

- (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つては、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ください。