

出 産 手 当 金 請 求 書

						支部受付印		所属所受付印	
組 合 員 等 記 号 ・ 番 号		公 立 高 知						枝 番	
								0	0
組 合 員 氏 名									
所 属 所 名									
所 属 所 在 地		※郵便番号の記載は不要です。							
資 格 所 得 日 年 月 日		平成 年 月 日 令和			資 格 喪 失 日 年 月 日		令和 年 月 日		
出 産 年 月 日 (出 産 予 定 日)		令和 年 月 日 (令和 年 月 日)			単／多胎の別		単胎 ・ 多胎		
出 産 に 関 す る 医師又は助産師の証明 (意 見)		令和 年 月 日 出産・早産・流産・死産 (単胎 ・ 多胎) (妊娠 ヲ月・週) したことを証明する。							
		令和 年 月 日 出産(単胎 ・ 多胎)予定であることを証明する。							
		令和 年 月 日 住 所 証明者 医療機関名等 氏 名 ㊞							
勤務できなかった期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで							
所 属 所 長 又 給 与 事 務 担 当 者 の 証 明		令和 年 月 日から、令和 年 月 日まで出勤しなかった 間に対して、次の金額の報酬を支払ったことを証明する。 _____ 割 _____ 円 令和 年 月 日 氏 名 ㊞							
(平 均 報 酬 額) 標 準 月		第 級 円		請求 期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		請求金額 ※記入不要 円	
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合高知支部長 様 令和 年 月 日 請求者氏名									
上記のとおり請求がありましたので提出します。 令和 年 月 日 所属所長氏名									

・報酬支払額証明書（様式第3-28号）及び出勤簿の写しを添付してください。

裏面あり

※ (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) (平均) 標準報酬日額 円 × 2/3 = 円 → (円未満四捨五入) 給付日額 支給日数 給付額 円 × 日 = 円			今回支給日数 (該当日に○印)						月分		日		
			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 日から				令和 年 月 日まで				令和 年 月 日まで					
※短期掛金		※介護掛金		※厚生年金保険料		※退職等年金掛金		※貸付償還金					
(月分) 円		(月分) 円		(月分) 円		(月分) 円		(月分) 円					

支給日数のみ○をしてください。(※印欄は記入しないでください。)

出産手当金請求書

支部受付印

所属所受付印

所属所
RO.O.O
受付印

組合員等 記号・番号	公立高知						枝番		
	○	○	○	○	○	○	0	0	
組合員氏名	南国 陽子								
所属所名	〇〇中学校								
所属所在地	※郵便番号の記載は不要です。 〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇								
資格所得 年月日	平成 令和	〇	年	4	月	1	日	資格喪失 年月日	令和 〇 年 4 月 1 日
出産年月日 (出産予定日)	令和 年 月 日 (令和 〇 年 〇 月 〇 日)	単/多胎の別			単胎 ・ 多胎				
出産に関する 医師又は助産師の証明 (意見)	令和 年 月 日 出産・早産・流産・死産 (単胎・多胎)(妊娠 月・週)したことを証明する。								
	令和 〇 年 〇 月 〇 日 出産(単胎・多胎)予定であることを証明する。								
	令和 〇 年 〇 月 〇 日 住所 〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇 証明者 医療機関名等 〇〇病院 氏名 医師 福利 三郎								
勤務できなかった期間	令和 〇 年 〇 月 〇 日 から 令和 〇 年 〇 月 〇 日 まで								
所属所長 又は 給与事務担当 の証明	令和 〇 年 〇 月 〇 日から、令和 〇 年 〇 月 〇 日まで出勤しなかった 間に対して、次の金額の報酬を支払ったことを証明する。 〇 割 〇 円 氏名 高知 太郎								
(平均 標準 報酬 月額)	第 〇〇 級 〇〇〇, 〇〇〇 円	請求 期間	令和 〇 年 〇 月 〇 日から 令和 〇 年 〇 月 〇 日まで	請求金額 ※記入不要	円				
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合高知支部長 様 令和 〇 年 〇 月 〇 日 請求者氏名 南国 陽子									
上記のとおり請求がありましたので提出します。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 所属所長氏名 高知 太郎									

証明印が必要です。

福利
印

不明な場合は未記入で構いません。

長印
中学校
印

証明印が必要です。

※ (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) (平均) 標準報酬日額 円 × 2/3 = 円 → (円未満四捨五入) 給付日額 支給日数 給付額 円 × 日 = 円			今回支給日数 (該当日に○印) ○ 月分 2 1 日						
			金曜日	①	⑧	⑮	⑳	㉑	
			土	2	9	16	23	30	
			日	3	10	17	24	31	
			月	④	⑪	⑱	㉔		
			火	⑤	⑫	⑲	㉕		
			水	⑥	⑬	⑳	㉖		
木	⑦	⑭	㉑	㉗					
※支給開始日			※前回支給分			※今回支給分			
令和 年 月 日から			令和 年 月 日まで			令和 年 月 日まで			
※短期掛金		※介護掛金		※厚生年金保険料		※退職等年金掛金		※貸付償還金	
(月分) 円		(月分) 円		(月分) 円		(月分) 円		(月分) 円	

支給日数のみ○をしてください。(※印欄は記入しないでください。)