

23 出産手当金請求書

所属所名	組員氏名
所属所コード	組員証記号番号

組合員 生年月日	昭和 平成	年	月	日生	※決 定 額	円
請求期間	令和	年	月	日から	請 求 金 額	円
	令和	年	月	日まで	請求 日数	日

(注意)
請求日数は、期間中の土曜、日曜を
除く日数を記入してください。

等級 標準報酬月額 円

資格喪失者は、退職月の初日の標準報酬月額を記入してください。

金融機関名	店舗名	振込先口座名義人（請求者本人に限る） [カタカナで記入してください。]	口座 種別	口座番号 (右詰で記入)
※金融機関コード	※店舗コード		普通	

出産に関する医師又は助産師の証明書							
出産者氏名 ()	出産予定日	令和	年	月	日	多児の場合	児
	出 産 日	令和	年	月	日		
上記のとおり相違ないことを証明します。							
医療機関（助産所）名		令和	年	月	日		
(電話)		医 師					
		助産師		㊞			

(注) 出産予定日と出産日の両方の日付を記載願います。

資格取得	平成・令和	年	月	日	資格喪失	令和	年	月	日
(請求額の計算)									
①標準報酬月額 ÷ 22 (10円未満四捨五入) × 2/3 = 請求日額……………② (円未満四捨五入)									
() ÷ 22 × 2/3 =									
②請求日額 × 勤務を要する日の日数 = 請求額									
() × 日 =									
勤務を要する日の日数は、産前42日(多児の場合98日)、産後56日の間(出産の日は産前に含む。)でこの請求に係る日数を算出してください。									

出勤しなかった 期間に係る給料 の支払証明	給料支払期間		支給割合	給料支払金額					
	令和	年	月	日から令和	年	月	日まで	%	円
	令和	年	月	日から令和	年	月	日まで	%	円
令和 年 月 日から令和 年 月 日まで出勤しなかつた期間に、上記金額の給料を支払ったことを証明します。									
令和 年 月 日									
所属所給与事務担当者 ㊞									

上記のとおり請求します。									
公立学校共済組合京都支部長様									
令和 年 月 日									
請求者住所 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									
所属所長 職 氏名 ㊞									
公印									

請求上の注意 ○この給付は、出産のために勤務ができず、無給となる場合に請求できるものです。
○組合員資格喪失後の請求の場合は、資格喪失直前の組合員証番号を記入してください。
○他の医療保険で同種の手当を受給される場合は請求できません。