

出産手当金 請求書 【記入例】
休業手当金

組合員証号 記号番号	公立長崎 第 0123456 号	組合員名 氏名	共 濟 花 子	所 属 名 所 所	〇 〇 高 校
標準報酬の額 月	第 22 級 300,000 円	資格取得年月日	R〇年 4 月 1 日	資格喪失年月日	R〇年 1 月 1 日
出 産 年 月 日	令和〇年 〇月 〇日	勤務で なかつ た期 間	令和〇年〇月〇日から 令和〇年〇月〇日まで	療養の給 付の対象 となった 入院期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
出 産 手 当 金	病院又は診療所 名及び所在地	〇〇〇〇病院 〇〇市〇〇町〇〇-〇			
	被扶養者を有 していた期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	請 求 期 間	R〇年 1 月 1 日から R〇年 1 月 31 日まで	請 求 金 額 円
	出産に関する 医師又は助産 師の証明	令和 〇 年 〇 月 〇 日出産 (正常・異常) したことを証明する。 (出産予定日 令和 〇 年 〇 月 〇 日) 住所 〇〇市〇〇町〇〇-〇 証明者 氏名 〇〇 〇〇 印			
休 業 手 当 金	勤務できな かった期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	勤 務 で き な か つ た 理 由		
	請 求 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで	請 求 金 額	円	
	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。 令和 年 月 日 職 名 所属所長 氏 名 印			
給付金の送金先	給付金等受取口座 ・ マイナポータル登録の公金受取口座 ^{※1} (給付金等受取口座と違う場合に限る)				
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合長崎支部長 様 住所 〇〇市〇〇町〇〇-〇 令和 〇年 〇月 〇日 請求者 氏名 共済 花子					

(注) 1. 裏面に所属所長又は給与事務担当者の証明を受けたうえ、組合に提出してください。
2. 任意継続組合員については、標準報酬の月額欄には掛金の基準となった標準報酬の月額を記入してください。(休業手当金を除く。)
※1: マイナンバーカードを作成し、マイナポータルに登録した公金受取口座を指定する場合、給付が通常スケジュールとは異なり遅れての送金となる可能性があります。給付金の送金先に〇がない場合は、事前に登録されている給付金等受取口座へ送金いたします。

所 属 所 受 付 年 月 日
受付 〇.2.5 〇〇高校

令和 ○年 1月 1日から令和 ○年 1月 31日まで出勤しなかった期間に
対して、次の金額の給料を支払ったことを証明する。

令和 ○年 1月 1日 } 間 0 割 0 円
○年 1月 31日 }

令和 年 月 日 } 間 割 円
年 月 日 }

令和 年 月 日 } 間 割 円
年 月 日 }

令和 ○年 2月 5日

所属所の長職名 ○○ 高校

給与事務担当者氏名 校長 長崎 咲子



※ 標準報酬の月額	給付率	給付日額	曜日	今回支給日数 (該当日に○印を付する。) 1 月分				
$\times \frac{1}{22} \times \text{---} =$			月	1	8	15	22	29
注) 給付率は、出産手当金は2/3、休業手当金は50/100			火	2	9	16	23	30
給付日額	支給日数	給付額	水	3	10	17	24	31
\times		$=$	木	4	11	18	25	
給付額	控除額	給付決定額	金	5	12	19	26	
$-$		$=$	土	6	13	20	27	
			日	7	14	21	29	

公立学校共済組合処理欄

※ 支給開始日	※ 前回支給分	※ 今回支給分
年 月 日分から	年 月 日分まで	年 月 日分まで