

出 産 手 当 金 請 求 書

組合員証 記号番号		公立長崎 第 号		組合員 氏 名		所 属 所 名		
標準報酬の 月 額		第 級		資格取得年月日 資格喪失年月日		年 月 日 年 月 日		
出 産 手 当 金	出 産 年 月 日	令和 年 月 日	勤務でき なかつた 期 間	年 月 日 年 月 日	から まで	療養の給 付と入院 の対する 期間	年 月 日 年 月 日	
	病院又は診療所 名 及 び 所 在 地							
	被扶養者を有し て いた 期 間		年 月 日 年 月 日	から まで	請 求 期 間	年 月 日 年 月 日	から まで	請 求 金 額
	出産に関する医師 又は助産婦の証明		令和 年 月 日出産(正常・異常)したことを証明する。 (出産予定日 平成 年 月 日) 令 和 年 月 日 証 明 者 住 所 氏 名 (印)					
休 業 手 当 金	勤務できなかった 期 間		年 月 日 年 月 日	から まで	勤務でき なかつた 理 由			
	請 求 期 間	年 月 日 年 月 日			から 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 所属所長 職 名 氏 名 (印)						
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 令 和 年 月 日 請求者 住 所 氏 名								

所 受	付	属 年	月	所 日

- (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礎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。)

年 月 日から 年 月 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。

年 月 日 } 間 割 円
年 月 日 }

年 月 日 } 間 割 円
年 月 日 }

年 月 日 } 間 割 円
年 月 日 }

令和 年 月 日

所 属 所 の 長 職 名
給与事務担当者 氏 名

印

※ 標準報酬の月額		給 付 日 額		今回支給日数（該当日に○印を付する） 月分					
$\times \frac{1}{22} \times \text{――}$		＝		曜日	1	8	15	22	29
給 付 日 額		支給日数		給 付 額		2	9	16	23 30
$\times$		＝			3	10	17	24	31
給 付 額		控 除 額		給付決定額		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			
年 月 日分から			年 月 日分まで			年 月 日分まで			