

出産手当金請求書

(共) 支部様式第 5 号

組合員氏名
職員番号

所属 事務担当者印	所属名
①	所属コード

組合員	組合員氏名	(職名)	決定額	円
	資格取得 年月日	年 月 日	給料	級 号 給 円
	資格喪失 年月日	令和 年 月 日 旧所属所 ()	調整額	円
	出産年月日	令和 年 月 日	教職調整額	円
出産に関する こと	勤務できな かった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	合計	円
	出産の場所	病院名 所在地	請求期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
			支給日数	日
			請求金額	円

上記のとおり請求します
公立学校共済組合佐賀支部長 様

令和 年 月 日 請求者 住所
氏名 ①
自宅電話番号 () -

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 所属長 職名
氏名 ①
所属電話番号 () -

1. 医師の証明及び給与事務担当者の証明を受けたうえで提出してください。
2. 欄は記入しないでください。

出産に関する 医師または 助産師の証明	<p style="text-align: center;">年 月 日出産（正常 異常）したことを証明する （出産予定日 年 月 日）</p>
	<p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 証明者 氏名 ㊟</p> <p style="text-align: center;">電話番号（ ） -</p>

給 与 支 給 証 明	<p>令和 年 月 日から令和 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。</p>
	<p>令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 割 円</p>
	<p>令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 割 円</p>
	<p>令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 割 円</p>
	<p>令和 年 月 日 給与事務担当者 職名 氏名 ㊟</p>

<p>※</p> <p>掛金の基礎となった 標準報酬月額</p> <p style="text-align: center;">÷ 22 =</p> <p style="text-align: center;">(10円未満四捨五入) 給付日額</p> <p style="text-align: center;">× 2/3 =</p> <p>給付日額 × 支給日数 = 給付額</p> <p>給付額 - 控除額 = 給付決定額</p>	月分					
	※今回支給日数（該当日に○印を付す）					
	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	支給終了
令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	令和 年 月 日まで	年 月 日

※印欄は記入しないでください