

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	所属名
	所属コード

決定額	円
-----	---

組合員	組合員氏名	(職 名)	標準報酬月額	第 級 円
	資格取得 年 月 日	年 月 日	請求期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
	資格喪失 年 月 日	年 月 日 旧所属所 ()		
出産に関する こと	出産年月日	年 月 日	支給日数	日
	勤務できな かった期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
	出産の場所	医療機関名 所在地	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	
年 月 日	請求者 住所 氏名 自宅電話番号 () ー
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます	
年 月 日	職名 所属長 氏名 所属電話番号 () ー

1. 医師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		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） 令和 年 月 日 住所 証明者 氏名 電話番号（ ） —									
給 与 支 給 証 明	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。										
	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 割 円										
	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 割 円										
	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 割 円										
	令和 年 月 日 給与事務担当者 職名 氏名										
※ 掛金の基礎となった 標準報酬月額 ÷ 22 = × 2/3 = 給付月額 × 支給日数 = 給付額 給付額 控除額 = 給付決定額					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