課　長	係　長	係　員

伺　　下記のとおり支給して
よろしいか。

出産手当金請求書（220）

下記のとおり請求します。
茨城県市町村職員共済組合理事長　様

入力	

請求日	年　月　日								請及求び金期額間	年　月　日から 年　月　日まで 円	決定金額	円
組合員証記号番号				－								
組合員氏名								㊞	所属所			
勤務できなかった期間 平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで									取得年月日	年　月　日	短期報酬標準月額	年　月から　等級 円…A
出産又は産に助関す師るの医証師明	出産予定年月日	年　月　日							出産年月日	年　月　日		
	出生児の数	単体　・　多胎　（　児）							出生又は死産の別	出産　・　死産　（妊娠　ヵ月）		
	上記のとおり相違ありません。 年　月　日　　証明者　住所 名称 氏名　㊞											

〔給与支払に関する証明〕

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
年　月　日　間　割
支払額　円

年　月　日
年　月　日　間　0 割
支払額　0 円

年　月　日
給与事務担当者
職名
氏名　㊞

今回請求分
（該当日に○を付する）
請求回数　回目

出産月　月分

曜日							
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

産前　月分

曜日							
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

産後　月分

曜日							
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

産前　月分

曜日							
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

産後　月分

曜日							
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

（支給額の計算）

短期標準報酬月額　　短期標準報酬日額

A × $\frac{1}{22}$ ＝　円 …B
（10円未満四捨五入）

給付日額

B × $\frac{2}{3}$ ＝　円 …C
（1円未満四捨五入）

支給日数
産前　産後
C × （　日＋　日）
給付額
＝　円 …D

給料又は休業補償等の支給がある場合

C －　＝　円

支給開始日	年　月　日から
前回支給分	年　月　日まで
今回支給分	年　月　日まで

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

所属所長　職名
氏名　㊞

受付印

1. 太線の中を記入してください。
2. 所属所長及び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。