

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	平成〇〇年〇〇月〇〇日							請及び 請求期間 金額	平成〇〇年〇〇月〇〇日から 平成〇〇年〇〇月〇〇日まで	決定 金額																																									
組合員証 記号番号	1	1	1	-		1	1	1	1	〇〇〇, 〇〇〇	円																																								
組合員 氏名	共 済 花 子 (印)							所属所	〇 〇 市 役 所																																										
勤務できなかった期間								取得年 月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	短報 期酬 標月 準額	平成〇〇年〇〇月から 〇〇等級 〇〇〇, 〇〇〇 円																																								
平成〇 〇年〇〇 月〇〇 日から	平成〇 〇年〇〇 月〇〇 日まで																																																		
出又 産は に助 産師 の 証明	出産予定年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日					出産年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日																																											
	出生児の数	単体・多胎 ( 児)					出生又は死産の別	出産 死産 (妊娠 ヶ月)																																											
	上記のとおり相違ありません。						住所	〇〇市〇〇町〇〇																																											
	平成〇〇年〇〇月〇〇日						証明者	名称 〇〇産婦人科医院 氏名 〇 〇 〇 〇 (医印)																																											
この欄は医師又は助産師が記入します。																																																			
〔給与支払に関する証明〕			今回請求分 (該当日に○を付する)				出産月 〇 月分				〔支給額の計算〕																																								
平成〇〇年〇〇月〇〇日から 平成〇〇年〇〇月〇〇日まで 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。			請求回数 〇 回目				<table border="1"> <tr><th>曜日</th><th>月</th><th>火</th><th>水</th><th>木</th><th>金</th><th>土</th><th>日</th></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td></tr> <tr><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td></tr> <tr><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td></tr> </table>				曜日	月	火	水	木	金	土	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		短期標準報酬月額 A × $\frac{1}{22}$ = 〇〇,〇〇〇 円 …B (10円未満四捨五入) 給付日額 B × $\frac{2}{3}$ = 〇,〇〇〇 円 …C (1円未満四捨五入) 支給日数 産前 産後 C × ( $\frac{\text{産前日数} + \text{産後日数}}{\text{給付日数}}$ ) = 〇〇〇,〇〇〇 円 …D
曜日	月	火	水	木	金	土	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																																													
平成〇〇年 〇〇月 〇〇日 } 間〇割 平成〇〇年 〇〇月 〇〇日 } 支払額 〇〇〇, 〇〇〇 円			産前 月分				産後 月分				給料又は休業補償等の支給がある場合 C - = 円																																								
年 月 日 } 間 〇割 年 月 日 } 支払額 〇 円			産前 月分				産後 月分				支給開始日 年 月 日から																																								
平成〇〇年 〇〇月 〇〇日			産前 月分				産後 月分				前回支給分 年 月 日まで																																								
給与事務担当者			産前 月分				産後 月分				今回支給分 年 月 日まで																																								
職名 〇〇 氏名 〇 〇 〇 〇 (印)			産前 月分				産後 月分																																												
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。																																																			
平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日																																																			
職名 〇 〇 市 長 所属所長 〇 〇 〇 〇 氏名 〇 〇 〇 〇 (印)																																																			
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。