出産手当金請求書

給付種別	220

組合員等記号番号	―	ﾌﾘｶﾞﾅ 組合員氏名		所属所名	
組合員生年月日	年　月　日	資格取得年月日	年　月　日	資格喪失年月日（喪失者のみ）	令和　年　月　日
請求期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで				日
短期標準報酬月額	第　級　円	出産手当金請求金額	円	※支給日数 日	※決定金額 円
勤務できなかった期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで				日
出産年月日	令和　年　月　日	出産予定年月日	令和　年　月　日		
病院又は診療所名及び所在地		単胎・多胎の別 出産(予定)児数	単胎・多胎（　児）		
		入院(予定)期間	自 令和　年　月　日 至 令和　年　月　日		

出産予定及び出産（分娩）に関する医師又は助産師の証明	出産予定者氏名		出産予定年月日 (分娩予定年月日)	令和　年　月　日		
	妊娠週数及び日数	満　週（　）日	単胎・多胎の別 出産(予定)児数	単胎・多胎（　児）		
	出産者氏名		出産年月日 (分娩年月日)	令和　年　月　日		
	生産または死産の別	1. 生産　2. 死産 3. 生産・死産混在	「生産」の場合 出生児数	人	「死産」の場合 死産児数	人
	上記のとおり相違ありません。 令和　年　月　日		住所(所在地) 医療機関名 医師又は助産師の氏名			

上記のとおり請求します。

☐公金受取口座を利用する。
（共済組合に届出の給付金等受取口座と同じときはチェック不要です。）

青森県市町村職員共済組合理事長　様

令和　年　月　日

請求者　住所
氏名
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

所属所長　職名
氏名

（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。
なお、報酬の支払いがある場合は、報酬支給額証明書を添付してください。
2 医師又は助産師の証明欄は、証明項目がわかる母子健康手帳（妊娠届出書）・出生証明書・死産証書（死胎検案書）等の写しに所属所長が原本証明したものを添付する場合は不要です。
3 ※欄は、記入しないでください。

（裏面）

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、次の金額の報酬を支払ったことを証明する。

	（支給割合）	（支給実績）
令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日	間　割	円
令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日	間　割	円
令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日	間　割	円
令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日	間　割	円

今回支給日数
（報酬支給対象日に □ 印を付してください。）

令和　　年　　月分

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	

上記のとおり証明します。

令和　　年　　月　　日

所属所長又は給与事務担当者　職　名
氏　名

※共済組合使用欄

※報酬との調整

(1)　平均標準報酬月額 円 × 1/22 ／ 平均標準報酬日額(10円未満四捨五入) × 支給割合 2/3 ＝ 給付日額 円 ／ (1円未満四捨五入) ・・・（A）

(2)　（A） 円 × 支給対象日数 日 ＝ 支 給 額 円 ・・・（B）

(3)　（B） 円 － 控 除 額 円 ＝ 支給決定額 円

支　給　開　始　日	前　回　支　給　分	今　回　支　給　分
令和　年　月　日 分から	令和　年　月　日 分まで	令和　年　月　日 分まで