

出産手当金請求書

※共済使用欄	課長	主幹・副主幹	係員	主任

記入例

給付種別	2	2	0
※決定額			円

所属	組合員証番号	組合員氏名	請求金額	円
----	--------	-------	------	---

組合員証の記号・番号、組合員氏名を記入してください（請求金額欄は記入しなくても構いません）。

資格取得年月日	資格喪失年月日	出産年月日	標準報酬月額	※支給日数
年号 年 月 日	年号 年 月 日	年号 年 月 日	等級 第 号	日
昭3 平4	平4	平4		

組合員の資格取得年月日、該当する場合は資格喪失年月日、出産年月日及び標準報酬月額を記入してください。

勤務できなかった期間		※請求期間	
年号 年 月 日	年号 年 月 日	年号 年 月 日	年号 年 月 日
平4	から 平4	まで 平4	から 平4

出産の日（出産の日が産前日以後であるときは産前日）以前42日から産後56日までの間において勤務できなかった期間を記入してください。

医師又は助産師の証明	出産予定日	平成 年 月 日
	平成 年 月 日、出産者	様は、生産・死産・早流産
	(妊娠 週)、〔 単胎・多胎 (胎) 〕	したことを証明する。
	平成 年 月 日	住所
	証明者	氏名

出産に関する医師等の証明を受けてください。

報酬支給額証明欄	
期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
報酬①	
種別	本来の支給額
給料	円
地域手当	円
	円
報酬②	
種別	本来の支給額
扶養手当	円
住居手当	円
寒冷地手当	円
	円
	円
	円
合計(報酬①+報酬②)	円

勤務できなかった期間の報酬の内訳について記入してください。

※報酬①には、「日々の勤務に対して支給されると考えられるもの」を記入してください。

例) 給料月額、地域手当 等

※報酬②には、「日々の勤務とは関係なく支給されると考えられるもの」を記入してください。

例) 扶養手当、住居手当、寒冷地手当 等

証明欄が足りない場合は、別途「報酬支給額証明書」を添付してください。

上記のとおり請求します。
神奈川県市町村職員共済組合理事長 様
平成 年 月 日
住所
組合員 氏名

請求年月日と組合員の住所・氏名を記入し押印してください。

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。
平成 年 月 日
職名
所属所長 氏名

請求内容を確認の上、証明年月日と所属所長（市町村長・一部事務組合長）の職名・氏名を記入し押印してください。

1. 報酬支給額証明欄について、書ききれない場合は別途「報酬支給額証明書」を使用してください。

2. ※欄は記入しないでください。