出 産 手 当 金 請 求 書

局　長	課　長	係　長	係
課長専決			

決定額	出産手当金	※　　円

組合員証 記号	組合員証 番号	組合員氏名	所属機関名

資格取得年月日	平・令　　年　　月　　日	資格喪失年月日	平・令　　年　　月　　日
出産年月日	令和　　年　　月　　日	出産の場所	
出産予定日	令和　　年　　月　　日	請求期間	令和　　年　　月　　日　から 令和　　年　　月　　日　まで

医師又は助産師の証明				
	分べん年月日	令和　　年　　月　　日	出生児の数	単胎・多胎（　　児）
	分べんの別	出産・死産・早産・流産（妊娠　　ヶ月　　週　　日）		
	備考			
	上記のとおり証明します。 令和　　年　　月　　日 医療施設の名称・所在地 証明者 医師・助産師の氏名			

標準報酬月額	第　　級　　円	請求額	円

上記のとおり請求します。

鹿児島県市町村職員共済組合理事長　　殿

令和　　年　　月　　日

住　所

請求者

氏　名

共済組合受付印

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

職　名

所属所長

氏　名

1. 任意継続組合員は、標準報酬月額欄に退職の際の掛金の基礎となった標準報酬月額のほか、任意継続掛金の基礎となった標準報酬額を記入してください。
2. 裏面に所属所又は給与事務担当者の証明を受けたうえ、提出してください。
3. ※印欄は記入しないでください。

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、次の給料又は報酬（手当等を含む）を支払ったことを証明する。

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
所属所長又は給与事務担当者
職名
氏名

今回支給日数（該当日に〇印を付する）

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	給付日数・　　日			

※ 出産手当金支給開始日　令和　　年　　月　　日

※ 出産手当金支給開始日前の組合員期間1年以上　有　・　無

※　平均標準報酬月額

円

※　組合平均標準報酬月額

円

※

平均標準報酬月額　　給付日額

円　×　1/22　×　2/3　＝　円

（平均標準報酬日額は、10円未満四捨五入）

給付日額は、50銭未満の端数を切捨て、50銭以上１円未満の端数を１円に切上げ

給付日額　　給付日数　　給付額

円　×　日　＝　円

給付額　　控除額　　給付決定額

円　－　円　＝　円