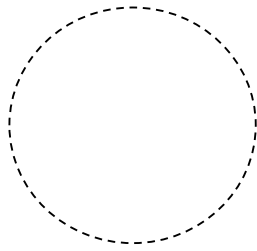


共
済
受
付
印



出産手当金請求書

決 定 伺	課長	係長	係

決定額	円
-----	---

組合員記号番号 又は個人番号		組 合 員 氏 名 <small>(ふりがな)</small>		所 属 機 関 名	
資 格 取 得 年 月 日	年 月 日	資 格 喪 失 年 月 日	年 月 日		
出 産 年 月 日	年 月 日	出 産 予 定 年 月 日	年 月 日		
勤 務 でき な かつ た 期 間	令 和 年 月 日 から 令 和 年 月 日 まで	請 求 期 間	令 和 年 月 日 から 令 和 年 月 日 まで		
標 準 報 酬 月 額	円	請 求 金 額	円		
医 師 又 は 助 産 婦 の 証 明	出 産 予 定 日	令 和 年 月 日	出 生 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎 (児)	
	出 産 年 月 日	令 和 年 月 日			
	分 娩 の 別	出 産 ・ 死 産 ・ 早 産 ・ 流 産 (妊 娠			ヶ 月 日) 週
	上 記 の と お り 証 明 し ま す 。 令 和 年 月 日 証 明 者 住 所 氏 名				
上 記 の と お り 請 求 し ま す 。 令 和 年 月 日 沖 縄 県 市 町 村 職 員 共 済 組 合 理 事 長 殿 請 求 者 住 所 氏 名					
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					

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を支払ったことを証明する。

年 月 日から 年 月 日まで	日	割	円
年 月 日から 年 月 日まで	日	割	円
年 月 日から 年 月 日まで	日	割	円

年 月 日

所属所長又は
給与事務担当者

今回支給日数
(該当日に○印)

令和 年 月分
(日)

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

※
報
酬
と
の
調
整

標準報酬月額 標準報酬日額
円 × $\frac{1}{22}$ = 円 (10円未満四捨五入)

標準報酬日額 給付日額 (A)
円 × $\frac{2}{3}$ = 円 (円未満四捨五入)

給付日額 (A) 今回支給日数 給付額 (C)
円 × 日 = 円

(差額支給の場合)

報酬日額 (B)
円

給付日額 (A) 報酬日額 (B) 差額日額 今回支給日数 給付額 (C')
円 - 円 = 円 × 日 = 円

※ 支給開始日

※ 前回支給分

※ 今回支給分

令和 年 月 日

令和 年 月 日から
令和 年 月 日まで

令和 年 月 日から
令和 年 月 日まで