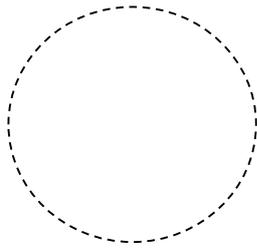


共
済
受
付
印



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