

出産手当金請求書

組合員証		記号	〇〇〇	組合員氏名	共済 愛子		所属機関名	〇〇町		※決定額	円	No.
出産年月日		平成〇年 3月 25日		区分	組合員		任意継続組合員					
出産予定年月日		平成〇年 3月 28日		資格取得	昭和	〇年 〇月 〇日	平成〇年 4月 1日					
勤務できなかった期間		平成〇年 2月 12日から 平成〇年 5月 20日まで		資格喪失 (退職の翌日)	平成	〇年 4月 1日	平成〇年 〇月 〇日					
標準報酬月額		第〇級 〇〇〇〇〇〇円		請求金額		〇〇〇〇〇〇円						
出産に関する医師又は助産師の証明		出産者氏名		共済 愛子		出産年月日		平成〇年 3月 25日		出産予定年月日		平成〇年 3月 28日
		出生児の数		単胎()多胎()児		出産又は死産の別		出産・死産(妊娠 ヶ月)				
		出産について、上記のとおり証明します。										
		平成〇年 〇月 〇日		証明者		住所 〇〇郡〇〇町〇〇〇		氏名 〇〇産婦人科 〇〇 〇〇		電話 (〇〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇		
他の社会保険への加入の有無		有 (年 月 日から 保険加入) ・ 無										
上記のとおり請求します。												
愛媛県市町村職員共済組合理事長 殿												
平成〇年 〇月 〇日												
請求者 住所 〇〇郡〇〇町〇〇丁目〇-〇												
氏名 共済 愛子												
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。												
平成〇年 〇月 〇日												
所属所長 職名 〇〇町長												
氏名 〇〇 〇〇												

1 必要事項を記載し、所属所長、所属機関の長又は給与事務担当者の証明を受けたうえ提出して下さい。
 2 組合員・任意継続組合員の資格喪失後に加入している健康保険証の写しを提出して下さい。
 3 報酬とは、給料及び各市町の給与条等によって定められている諸手当(期末・勤勉手当を除く)をいいます。
 4 ※印欄は、記入しないで下さい。

所属機関の長又は給与事務担当者の証明

平成〇年 2月 12日から平成〇年 3月 31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します。

期間	本来支給額	給料月額	扶養手当	住居手当			計
		250,500円	19,500円	10,000円	円	円	280,000円
自 平成〇年 2月 12日 10割	250,500円	19,500円	10,000円	円	円	円	280,000円
自 平成〇年 3月 1日 10割	250,500円	19,500円	10,000円	円	円	円	280,000円
自 平成 年 月 日 割	円	円	円	円	円	円	円
自 平成 年 月 日 割	円	円	円	円	円	円	円
自 平成 年 月 日 割	円	円	円	円	円	円	円

平成〇年 〇月 〇日

(証明者) 所属機関の長又は 職名 〇〇町長 〇〇 〇〇
 給与事務担当者 氏名 〇〇課〇〇係 〇〇 〇〇



※出産手当金計算書

1 標準報酬日額

$$\frac{\text{標準報酬月額}}{\text{(10円未満四捨五入)}} \times \frac{1}{22} = \text{円} \dots (A)$$

2 給付日額

$$(A) \times \frac{2}{3} = \text{円} \dots (B)$$

3 給付額

$$(B) \times \text{給付日数} = \text{円} \dots (C)$$

4 報酬との調整

$$\frac{\text{給料月額}}{\text{(地域手当含む)}} \times \frac{1}{10} = \text{円} \dots (D) \quad \left(\frac{(D) \times 1}{\text{(勤務を要する日数)}} + \frac{(E) \times 1}{22} \right) = \text{円} \dots (F)$$

$$\frac{\text{(その他手当)}}{\text{(支給割合)}} \times \frac{1}{10} = \text{円} \dots (E) \quad \left((B) - (F) \right) \times \frac{\text{日}}{\text{(給付日数)}} = \text{円} \dots (G)$$

※支給開始日	※前回支給分	※今回支給分
平成 年 月 日分	平成 年 月 日分	平成 年 月 日分