

〔記入例〕  
出産手当金請求書

		決定額		※		円		
組合員証 記号番号 又は個人番号 (マイナンバー)	北都市 ○ 第 XXX 号		組合員 氏名	○○ ○○		所属 機関名	○○市	
出産年月日	平成 XX 年 XX 月 XX 日		資格取得 年月日	昭和 平成 XX 年 XX 月 XX 日	資格喪失 年月日	平成 年 月 日		
勤務できな かった期間	平成 XX 年 XX 月 XX 日から 平成 XX 年 XX 月 XX 日まで		病院又は 診療所名		○○病院			
療養の給付の対象 となった入院期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		及び 所在地		○○市○○町X丁目X-X			
標準 報酬 月額	XX 等級	被扶養者 を有して いた期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	請求 期間	平成 XX 年 X 月 X 日から 平成 XX 年 X 月 X 日まで	請求 金額	509,110 円	
出産に関する医師 又は助産師の証明	平成 XX 年 XX 月 XX 日 出産したことを証明する。 出産の状況 正常 異常 出産予定日 平成 XX 年 XX 月 XX 日 平成 XX 年 XX 月 XX 日		住所 〇〇市〇〇町X丁目X-X 証明者 〇〇病院 氏名 医師 〇〇 ○○		(印)			
上記のとおり請求します。 北海道都市職員共済組合理事長 様								
平成 XX 年 XX 月 XX 日		住所 〇〇市〇〇町X丁目X-X		請求者		氏名 〇〇 ○○ (印)		
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。								
平成 XX 年 XX 月 XX 日		職名 〇〇市長		所属所長		氏名 〇〇 ○○ (印)		

1 裏面に所属機関の長又は給与事務担当者の証明を受けたうえ、組合に提出してください。

2 ※印欄は記入しないでください。

平成××年××月××日から平成××年××月××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する。

平成××年××月××日 } 間 0 割 0 円  
 平成××年××月××日 }  
 平成 年 月 日 } 間 割 円  
 平成 年 月 日 }  
 平成 年 月 日 } 間 割 円  
 平成 年 月 日 }

平成××年××月××日

所属機関の長又は 職 名 ○○市長

給与事務担当者 氏 名 ○ ○ ○ ○

印

平均報酬日額の算出方法について、該当する箇所には✓を入れてください。

【組合員期間1年以上の者】

【組合員期間1年未満の者】

12ヶ月平均 ※平成28年9月以降

各月平均

各月平均 ※平成28年8月まで

組合員平均

給付日額

$$240,000 \text{ 円} \times \frac{1}{22} \times \frac{2}{3} = 7,273 \text{ 円}$$

給付日額

支給日数

給付額

$$7,273 \text{ 円} \times 70 \text{ 日} = 509,110 \text{ 円}$$

給付額

控除額

給付決定額

$$509,110 \text{ 円} - 0 \text{ 円} = 509,110 \text{ 円}$$

今回支給日数（該当日に○印を付する）  
 月分

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

※ 支給開始日

※ 前回支給分

※ 今回支給分

平成 年 月 日から

平成 年 月 日まで

平成 年 月 日まで