

# 出産手当金請求書

|  |  |                      |                          |              |                          |      |              |      |          |       |   |   |
|--|--|----------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|------|--------------|------|----------|-------|---|---|
|  |  |                      |                          |              |                          |      |              |      |          | 決 定 額 | ※ | 円 |
| 組 合 員 証<br>記 号 番 号   | 北都市<br>第 号   |                      |                          | 組 合 員<br>氏 名 |                          |      | 所 属<br>機 関 名 |      |          |       |   |   |
| 出産年月日  | 令和 年 月 日   |                      |                          | 資格取得         | 平成 年 月 日                 |      |              | 資格喪失 | 令和 年 月 日 |       |   |   |
| 勤務できな<br>かった期間   | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで   |                      |                          | 病院又は<br>診療所名 |                          |      |              |      |          |       |   |   |
| 療養の給付の対象<br>となった入院期間   | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで   |                      |                          | 及 び<br>所 在 地 |                          |      |              |      |          |       |   |   |
| 標 準<br>報 酬<br>月 額  | 等級   | 被扶養者<br>を有して<br>いた期間 | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで | 請求期間         | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで | 請求金額 | 円            |      |          |       |   |   |
| 出産に関する医師<br><br>又は助産師の証明   | 令和 年 月 日 出産したことを証明する。<br>出産の状況 正常 異常<br>出産予定日 令和 年 月 日<br>令和 年 月 日<br><br>住 所<br>証明者 氏 名 |                      |                          |              |                          |      |              |      |          |       |   |   |
| 上記のとおり請求します。<br>北海道都市職員共済組合理事長 様<br><br>令和 年 月 日<br><br>住 所<br>請 求 者 氏 名 |  |                      |                          |              |                          |      |              |      |          |       |   |   |
| 上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。<br><br>令和 年 月 日<br><br>職 名<br>所属所長 氏 名           |  |                      |                          |              |                          |      |              |      |          |       |   |   |

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いえ、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。

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、次の金額の報酬を支払ったことを証明する。

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 }  
 令和 年 月 日 } 間 割 円

所属機関の長又は 職 名  
 給与事務担当者 氏 名

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】

12ヶ月平均

【組合員期間1年未満の者】

各月平均

組合員平均

給付日額

$$\text{円} \times \frac{1}{22} \times \frac{2}{3} = \text{円}$$

給付日額 支給日数 給付額

$$\text{円} \times \text{日} = \text{円}$$

給付額 控除額 給付決定額

$$\text{円} - \text{円} = \text{円}$$

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

令和 年 月 日から

令和 年 月 日まで

令和 年 月 日まで