

〔記入例〕
出産手当金請求書

						決定額	※	円
組合員証 記号番号	北都市 ○ 第 ××××× 号	組合員 氏名	○○ ○○	所属 機関名	○○市			
出産年月日	令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日	資格取得 年月日	昭和 平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日	資格喪失 年月日	令和 年 月 日			
勤務できな かった期間	令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日から 令和 ×× 年 ×× 月 ×× 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	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	及び 所在地	○○市○○町×丁目×-×					
標準 報酬 月額	×× 等級 240,000 円	被扶養者 を有して いた期間	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	請求金額	509,110 円	
出産に関する医師 又は助産師の証明	令和 ×× 年 ×× 月 ×× 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 令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日 令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日 住所 ○○市○○町×丁目×-× 証明者 ○○病院 氏名 医師 ○○ ○○							
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						請求者が署名してください。		
令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日						住所	○○市○○町×丁目×-×	
						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。								
令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日						職名	○○市長	
						所属所長	氏名 ○○ ○○	

- 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。
- ※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 0 割 0 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

所属機関の長又は 職 名 ○○市長

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

給付日額 支給日数 給付額

給付額 支給日数 控除額 給付決定額
 $7,273 \text{ 円} \times 70 \text{ 日} = 509,110 \text{ 円}$

給付決定額 控除額 支給決定額
 $509,110 \text{ 円} - 0 \text{ 円} = 509,110 \text{ 円}$

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

令和 年 月 日から

令和 年 月 日まで

令和 年 月 日まで