

	事務局長	次長	課長	課長補佐	G L	担当	合議
決裁							

短期請求等様式第9号(表)

※ 決 定 年 月 日

# 出産手当金請求書

決 定 額

※

円

組合員証 記号番号		組合員 氏 名		所属所名	
--------------	--	------------	--	------	--

資格取得年月日	年 月 日	資格喪失年月日	年 月 日
---------	-------	---------	-------

出 産 日	年 月 日	出 産 予 定 日	年 月 日
-------	-------	-----------	-------

勤務できな かった期間	年 月 日から 年 月 日まで	病院又は診療所名 及び所在地	
----------------	--------------------	-------------------	--

標準報酬 月 額	円	請求 期間	年 月 日から 年 月 日まで	請求 金額	円
	(※ 月分)				

出産予定日及び 出産についての 医師又は助産師 の 証 明	出産予定日： 年 月 日 (単胎・多胎妊娠)
	出 産 日： 年 月 日 (正常・異常出産)
	上記のとおり証明する。 年 月 日 住 所 証明者 医 療 機 関 名 医師・助産師氏名

上記のとおり請求します。 滋賀県市町村職員共済組合理事長 殿 年 月 日 住 所 請 求 者 氏 名	印
--	---

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 職 名 所属所長 氏 名	印
--	---

- (注) 1. 請求期間は、出産日(出産日が出産予定日後であるときは、出産予定日)以前42日(多胎妊娠の場合98日)、  
出産日後56日までの間です。  
2. 退職後の出産にかかる請求の場合、出産時に加入されていた健康保険証等の写しを添付してください。  
3. ※印欄は記入しないでください。

年 月 日から 年 月 日まで出勤しなかった期間に対して、  
次の金額の給料を支払ったことを証明する。

自	年	月	日	日間	円
至	年	月	日		
自	年	月	日	日間	円
至	年	月	日		
自	年	月	日	日間	円
至	年	月	日		

年 月 日

所属機関の長 職名  
又は  
給与事務担当者 氏名 印

給 料 と の 調 整	※	
	標準報酬月額 円 × 1/22 =	標準報酬日額 円 (10円未満四捨五入)
	標準報酬日額 円 × 2/3 × =	給付日額 円 (1円未満四捨五入)
	給付日額 支給日数 控除額 円 × 日 - 円 =	給付決定額 円

曜日	1	8	15	22	29	※今回支給日数 月分( 日分)
	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	年 月 日から	※前回支給分	年 月 日分まで
--------	---------	--------	----------