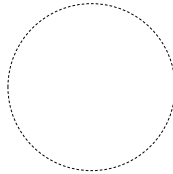


受付印



	事務局長	次長	課長	主幹	G L	担当	合議
決裁							

短期請求等様式第9号(表)

※ 決 定 年 月 日

<h1>出産手当金請求書</h1>	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 予 定 日	年 月 日	出 産 日	年 月 日
-----------	-------	-------	-------

出産のため 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	
----------	--

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
--

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

- (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。

短期請求等様式第9号（裏）

勤務 給し 料な のか 証つ 明た 欄期 間の の	給料証明期間	年 月 日から	年 月 日まで
	年 月 日 ~	年 月 日	日間 円
	年 月 日 ~	年 月 日	日間 円
	年 月 日 ~	年 月 日	日間 円
	年 月 日 ~	年 月 日	日間 円
	年 月 日 ~	年 月 日	日間 円
上記のとおり相違ないことを証明します。			
年 月 日			
所属機関の長 職名 又は 給与事務担当者 氏名			
給 料 と の 調 整	※		
	標準報酬月額	標準報酬日額	
	円 × 1 / 22 =		円 (10円未満四捨五入)
	標準報酬日額	給付日額	
	円 × 2 / 3 × =		円 (1円未満四捨五入)
給付日額	支給日数	控除額	給付決定額
	円 × 日 -	円 =	円
※支給開始日	年 月 日から	※前回支給分	年 月 日分まで