

出産手当金請求書

※ 非 共 済 性 用 欄	課長	主幹・副主幹	係員	主任

給付種別
2 2 0

※ 決定額											円
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

所属	組合員証番号	組合員氏名	請求金額
			円

組合員証の記号・番号、組合員氏名を記入してください（請求金額欄は記入しなくても構いません）。

資格取得年月日	資格喪失年月日	出産年月日	標準報酬月額	※支給日数
年号 年 月 日	年号 年 月 日	年号 年 月 日	等級 第 号	日
昭3 平4 令5	平4 令5	平4 令5		

組合員の資格取得年月日・資格喪失年月日・出産年月日および掛金の標準となった給料月額を記入してください。

勤務できなかった期間	※ 請求期間
年号 年 月 日 から 年号 年 月 日 まで	年号 年 月 日 から 年号 年 月 日 まで
平4 令5	平4 令5

出産の日（出産の日が産前日以後であるときは産前日）以前42日から出産の日後56日までの間において勤務できなかった期間を記入してください。

医師又は助産師の証明	出産予定日	年 月 日
	年 月 日、出産者	様は、生産・死産・早流産
	(妊娠 週)、〔単胎・多胎 (胎)〕	したことを証明する。
	年 月 日	
	住所	
	証明者 氏名	印

出産に関する医師等の証明を受けてください。

報酬支給額証明欄			
期 間	年 月 日から	年 月 日まで	
報 酬 ①	種 別	本来の支給額	支給実績
	給料	円	円
	地域手当	円	円
		円	円
報 酬 ②	種 別	本来の支給額	支給実績
	扶養手当	円	円
	住居手当	円	円
	寒冷地手当	円	円
		円	円
		円	円
合計（報酬①＋報酬②）			円

請求期間の報酬の内訳について記入してください。

- ※報酬①には、「日々の勤務に対して支給されると考えられるもの」を記入してください。
例) 給料月額、地域手当 等
- ※報酬②には、「日々の勤務とは関係なく支給されると考えられるもの」を記入してください。
例) 扶養手当、住居手当、寒冷地手当 等

証明欄が足りない場合は、別途「報酬支給額証明書」を添付してください。

上記のとおり請求します。 神奈川県市町村職員共済組合理事長 様
年 月 日 住所
組合員 氏名

請求年月日と組合員の住所・氏名を記入してください。

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

請求内容を確認の上、証明年月日と所属所長（市町村長・一部事務組合長）職名・氏名を記入してください。

1. 報酬支給額証明欄について、書ききれない場合は別途「報酬支給額証明書」を使用してください。
2. ※欄は記入しないでください。