

# 出産手当金請求書

組合員証	記号	9098	組合員	フリガナ	キョウサイ ハナコ	生年月日	
	番号	90999		氏名	共済 花子	昭和 平成	60 年 4 月 20 日
個人番号 ※				※ 組合員証記号・番号を記入の場合は不要です。			
所属機関	名称	〇〇町役場		組合員の資格を取得した日	平成 30 年 4 月 1 日		
	所在地	〇〇郡〇〇町〇〇123-1		組合員の資格を喪失した日	年 月 日		
出産予定日		出産年月日		標準報酬月額	13 等級	240,000 円	
〇 年 〇 月 〇 日	〇 年 〇 月 〇 日						
勤務できなかった期間				一月単位	請求金額		
〇 年 〇 月 〇 日 から 〇 年 〇 月 〇 日まで					133,320 円		
請求期間				単胎又は多胎の別			
〇 年 〇 月 〇 日 から 〇 年 〇 月 〇 日まで				1. 単胎 2. 多胎(出生児数 人)			
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>熊本市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>令和〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>請求者 住所 (組合員) 氏名</p>							
<p>上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。</p> <p>年 月 日</p> <p>職名 所属所長 氏名</p>							

共済組合使用欄(これより以下には記入しないでください。)

決定 伺	課 長	課長補佐	係 長	係 員
下記のとおり決定してよろしいか。				
※決定額 円				

出産手当金の額(調整前の額) = 給付日額 × 支給日数

- 標準報酬日額(A) = 掛金の標準となった標準報酬月額の22分の1に相当する金額
- 給付日額(B) = 標準報酬日額 × 2/3

算定表	標準報酬日額(A)	給付日額(B)	支給日数(C)	出産手当金(D)	調整額(E)	※ 差引支給額
	9,700 円	6,467 円	15 日	97,005 円	0 円	97,005 円
	10円未満四捨五入	円未満四捨五入	土・日曜日を除く	(B) × (C)	支給額算定調書参照	(D) - (E)



## 出産についての医師又は助産婦の証明書

証明事項	出産した者の氏名				
	出産予定年月日	平成 年 月 日	出産年月日	平成 年 月 日	
	単胎・多胎				
	生産・死産	満 ( ) 週 ( ) 日			
上記のとおり相					
年 月 日					
証明者		医療施設の名称・所在地			
		医師・助産師の氏名			
		TEL ( )			

医師の証明欄

## 同意書

出産手当金の支給を受けるにあたり必要があるときは、出産手当金に関する情報について、熊本県市町村職員共済組合が、私の出産について証明した医師又は助産師に情報の提供を求めることに同意します。

熊本県市町村職員共済組合理事長 様

年 月 日

組合員氏名

(注) 同意書への署名押印がない場合、出産に関して共済組合が医療機関又は担当医師に確認したい情報があるときは、請求者ご自身に、直接、医療機関又は担当医師に当該情報の提供をお願いしていただくことがありますのであらかじめご了承ください。