

出産手当金(給付種別220)請求書

(施行規程第114条関係)

組合員等 記号番号	—			所属所名			
組合員氏名				所在地			
資格取得年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	資格喪失年月日	令和	年 月 日
出生に関する医師 又は助産師による証明欄	出産者氏名				出産予定年月日	令和	年 月 日
					出産年月日	令和	年 月 日
	出産児の数	単胎	多胎 () 児	(生産・死産)			
	上記のとおり相違ないことを証明する。						
	令和 年 月 日 医療機関の名称 所在地 医師・助産師の氏名 Ⓜ						
勤務できなかった 期間	(初日)	令和	年	月	日	(末日)	令和 年 月 日
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>新潟県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align:right">住所 請求者 氏名 Ⓜ</p> <p style="text-align:right">本人自ら署名する場合は、押印不要です。</p>							
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。						所属所受付印	
令和 年 月 日							
職名 所属所長 氏名							

共済組合 使用欄	給付額	円			支給開始日	令和	年 月 日	共済組合受付印	
	決裁欄	課長	係長	係	検認	支給終了日	令和		年 月 日
						支給日数	日		
						入力日			

出産手当金用報酬支給額証明書

組合員等 記号番号	-	組合員 氏名	
--------------	---	-----------	--

- ・出産手当金支給対象日数は、祝日・年末年始(土日を除く。)を含めた出産手当金の支給対象日数を記入してください。
- ・途中で給与の支給割合が変更となる場合は、期間を分けて記入してください。
- ・支給割合が変更となったことが確認できる辞令書等が交付されている場合は、その写しを提出してください。

①

②

期 間		年 月 日 ~ 年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日	
出産手当金支給対象日数		日		日	
報 酬		支給 割合	支 給 実 績	支給 割合	支 給 実 績
種 別	本来の支給額				
給料	円		円		円
地域手当	円		円		円
小計			円		円
扶養手当	円		円		円
住居手当	円		円		円
手当	円		円		円
手当	円		円		円
小計			円		円

③

④

期 間		年 月 日 ~ 年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日	
出産手当金支給対象日数		日		日	
報 酬		支給 割合	支 給 実 績	支給 割合	支 給 実 績
種 別	本来の支給額				
給料	円		円		円
地域手当	円		円		円
小計			円		円
扶養手当	円		円		円
住居手当	円		円		円
手当	円		円		円
手当	円		円		円
小計			円		円

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

職名

所属所長又は
給与事務担当者

氏名

㊞

注意事項 ・表面の「出生に関する医師又は助産師による証明欄」に、必ず証明を受けてください。
--