課　長	係　長	係　員

伺　　下記のとおり支給して
よろしいか。

出産手当金請求書（220）

下記のとおり請求します。
茨城県市町村職員共済組合理事長　様

入力	

請求日	年　月　日	請及求び期金間額	年　月　日から 年　月　日まで	決定金額	円
組合員証記号番号	ー		円		
組合員氏　名		所属所			
勤務できなかった期間 年　月　日から　年　月　日まで		取得年月日	年　月　日	短報期酬標月準額	円

出又産は	出産予定年月日	年　月　日	出産年月日	年　月　日
に助産	出生児の数	単胎　・　多胎　（　児）	出生又は死産の別	出産　・　死産　（妊娠　ヵ月）
関す師る	上記のとおり相違ありません。 年　月　日　　住所 証明者　名称 氏名			
の医証師明				

〔給与支払に関する証明〕

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。

年　月　日
年　月　日　間　割
支払額　円

年　月　日
年　月　日　間　0　割
支払額　0　円

年　月　日

給与事務担当者

職名
氏名

今回請求分

（該当日に○を付する）

請求回数　回目

出産月　月分

曜日							
	1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12	13	14
	15	16	17	18	19	20	21
	22	23	24	25	26	27	28
	29	30	31				

産前　月分　／　産後　月分

曜日								曜日							
	1	2	3	4	5	6	7		1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12	13	14		8	9	10	11	12	13	14
	15	16	17	18	19	20	21		15	16	17	18	19	20	21
	22	23	24	25	26	27	28		22	23	24	25	26	27	28
	29	30	31						29	30	31				

産前　月分　／　産後　月分

曜日								曜日							
	1	2	3	4	5	6	7		1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12	13	14		8	9	10	11	12	13	14
	15	16	17	18	19	20	21		15	16	17	18	19	20	21
	22	23	24	25	26	27	28		22	23	24	25	26	27	28
	29	30	31						29	30	31				

（支給額の計算）

短期標準報酬月額　　短期標準報酬日額

A ×$\frac{1}{22}$ =　　円 …B
（10円未満四捨五入）

給付日額

B ×$\frac{2}{3}$ =　　円 …C
（1円未満四捨五入）

支給日数
産前　産後
C ×（　日＋　日）
給付額
=　　円 …D

給料又は休業補償等の支給がある場合

C －　　＝　　円

支給開始日	年　月　日から
前回支給分	年　月　日まで
今回支給分	年　月　日まで

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

受付印

1. 太線の中を記入してください。
2. 所属所長及び給与事務担当者の証明を受けたうえ、組合に提出してください。