

決 裁	確 認	係

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

請求日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		請求 期 間 額	令和〇〇年〇〇月〇〇日から 令和〇〇年〇〇月〇〇日まで	決定 金 額		
組合員等 記号番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇〇〇			〇〇〇, 〇〇〇 円		円	
組合員 氏 名	共 済 花 子		所 属 所	〇 〇 市 役 所			
勤務できなかった期間			取 得 年 月 日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	短 報 期 酬 標 月 準 額	〇〇〇, 〇〇〇 円	
出 又 産 は に 助 産 師 関 連 する の 医 証 師 明 確	出 産 予 定 年 月 日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	出 産 年 月 日	令和〇〇年 〇〇 月 〇〇 日			
	出 生 児 の 数	単胎 ・ 多胎 ( 児 )	出 生 又 は 死 産 の 別	出産 ・ 死産 (妊娠 ヲ月)			
	上記のとおり相違ありません。 令和〇〇年 〇〇 月 〇〇 日						
	住所 茨城県〇〇市〇〇町〇〇番地		証明者 名称 〇〇産婦人科医院				
	氏名 〇 〇 〇 〇		この欄は医師又は助産師が記入します。				
〔給与支払に関する証明〕  令和〇〇年 〇〇 月 〇〇 日から 令和〇〇年 〇〇 月 〇〇 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。  令和〇〇年 〇〇 月 〇〇 日 } 間 〇 割 令和〇〇年 〇〇 月 〇〇 日 } 支払額 〇〇〇, 〇〇〇 円  年 月 日 } 間 〇 割 年 月 日 } 支払額 〇 円  令和〇〇年 〇〇 月 〇〇 日  給与事務担当者  職名 〇〇 氏名 〇 〇 〇 〇	今回請求分 (該当日に〇を付する)		出 産 月 〇〇 月 分		(支給額の計算)		
	請求回数 〇 回目	産前 月分		産後 月分		短期標準報酬月額	短期標準報酬日額
	産前 月分	産後 月分		産前 月分		給付日額	
	産前 月分	産後 月分		産前 月分		支給日数	
	産前 月分	産後 月分		産前 月分		給付額	
	産前 月分	産後 月分		産前 月分		給料又は休業補償等の支給がある場合	
	産前 月分	産後 月分		産前 月分		C - = 円	
	産前 月分	産後 月分		産前 月分		支給開始日	年 月 日から
	産前 月分	産後 月分		産前 月分		前回支給分	年 月 日まで
	産前 月分	産後 月分		産前 月分		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。  令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日  職名 〇 〇 市 長 所属所長 氏名 〇 〇 〇 〇						受 付 印 	