

出産手当金 請求書

組合員証	記号	番号	所属機関名 (市・町・村・一部事務組合等)		
			名称		
組合員氏名			所在地		
生年月日	昭和 平成	年 月 日			
請求金額	出産手当金		円		
出産年月日	平成	年 月 日	資格取得日	昭和 平成	年 月 日
出産予定年月日	平成	年 月 日	資格喪失日	平成	年 月 日
出産のため勤務できなかった期間	平成	年 月 日から	標準報酬の 等級及び月額	等級	円
	平成	年 月 日まで			
請求期間	平成	年 月 日から			
	平成	年 月 日まで			
出産に関する 医師の証明	出産年月日	平成	年 月 日	出産形態	単胎 ・ 多胎
				正常又は 異常出産の別	正常 ・ 異常
	出産予定年月日	平成	年 月 日	生産又は 死産の別	生産 ・ 死産(妊娠 週)
	上記のとおり証明します。				
	平成	年 月 日	医療機関の 名称及び 所在地		
	医師		氏名	(印)	
上記のとおり請求します。					
長野県市町村職員共済組合理事長 様					
平成 年 月 日					
住所					
請求者					
氏名					
所属所受付印	上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。				
	平成 年 月 日				
	職名				
	所属機関の長				
	氏名				

報酬支給額証明書

期 間		平成 年 月 日から 日 まで	平成 年 月 日から 日 まで
上記期間の支給対象日数		日	日
給 与 支 給 割 合		割	割
報 酬 A		支 給 実 績	
種 別	本来の支給額		
給 料	円	円	円
地 域 手 当	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
小 計 ①		円	円
報 酬 B		支 給 実 績	支 給 実 績
種 別	本来の支給額	左の手当に 対する期間内 の支給割合	左の手当に 対する期間内 の支給割合
扶 養 手 当	円	円	円
住 居 手 当	円	円	円
寒 冷 地 手 当	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
小 計 ②		円	円
合 計 (小 計 ① + 小 計 ②)		円	円

平成 年 月の勤務しなかった期間について、上記の金額の報酬を支払ったことを証明します。

平成 年 月 日

所属機関の長又は
給与事務担当者

職 名
氏 名

㊟