

# 出産手当金 請求書

組 合 員 等	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	令和	年 月 日	資 格 取 得 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日
出 産 予 定 年 月 日	令和	年 月 日	資 格 喪 失 年 月 日	平成 令和	年 月 日
出産のため勤務できなかつた期間	令和	年 月 日から	標 準 報 酬 の 等 級 及 び 月 額	等 級	円
	令和	年 月 日まで			
請 求 期 間	令和	年 月 日から			
	令和	年 月 日まで			
出産に関する 医師の証明	出 産 日	令和	年 月 日	出 産 形 態	単胎 ・ 多胎
	出 産 予 定 日	令和	年 月 日	正 常 又 は 異 常 出 産 の 別	正 常 ・ 異 常
				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。				
令和 年 月 日 医療機関の 名称及び 所在地 医 師 氏 名					
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 令和 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。				
	令和 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 令和	年	月	日から 日まで	平成 令和	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				支 給 実 績				
種 別	本来の支給額									
給 料	円					円				
地 域 手 当	円					円				
	円					円				
	円					円				
	円					円				
小 計 ①		円				円				
報 酬 B		左の手当に 対する期間内 の支給割合	支 給 実 績			左の手当に 対する期間内 の支給割合	支 給 実 績			
種 別	本来の支給額									
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		

令和 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。

令和 年 月 日 所属機関の長又は  
給与事務担当者 職 名  
氏 名