

## 23 出産手当金請求書

所属所名		組員氏名	
所属所コード		組員証記号番号	
組合員 生年月日		昭和 平成	年 月 日生
		※決 定 額	
		円	
請求期間		平成	年 月 日から
		請求金額	
		円	
		平成	年 月 日まで
		請求 日数	日
(注意) 請求日数は、期間中の土曜、日曜を 除く日数を記入してください。			
等級	標準報酬月額		円
資格喪失者は、退職月の初日の標準報酬月額を記入してください。			
金融機関名	店舗名	振込先口座名義人 (請求者本人に限る) [カタカナで記入してください。]	
※金融機関コード	※店舗コード	口座 種別	口座番号 (右詰で記入)
		普通	
出産に関する医師又は助産師の証明書			
出産者氏名 ( )		出産予定日 平成 年 月 日	多児の場合 児
		出 産 日 平成 年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証明します。			
医療機関 (助産所) 名		平成 年 月 日	
(電話)		医 師	
		助産師	印
(注) 出産予定日と出産日の両方の日付を記載願います。			
資格取得	平成	年 月 日	資格喪失 平成 年 月 日
(請求額の計算)			
①標準報酬月額 ÷ 22 (10円未満四捨五入) × 2/3 = 請求日額……………② (円未満四捨五入)			
( ) ÷ 22 × 2/3 =			
②請求日額 × 勤務を要する日の日数 = 請求額			
( ) × 日 =			
勤務を要する日の日数は、産前42日(多児の場合98日)、産後56日の間(出産の日は産前に含む。)でこの請求に係る日数を算出してください。			
出勤しなかった 期間に係る給料 の支払証明	給料支払期間		支給割合
	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		%
	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		%
平成 年 月 日から平成 年 月 日まで出勤しなかつた期間に、上記金額の給料を支払ったことを証明します。			
平成 年 月 日			
所属所給与事務担当者			印
上記のとおり請求します。			
公立学校共済組合京都支部長様			
平成 年 月 日			
請求者住所 氏名			
印			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。			
平成 年 月 日			
所属所長 職 氏名			
公印			

請求上の注意

- この給付は、出産のために勤務ができず、無給となる場合に請求できるものです。
- 組合員資格喪失後の請求の場合は、資格喪失直前の組合員証番号を記入してください。
- 他の医療保険で同種の手当を受給される場合は請求できません。