

# 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	令和	年	月	日	資格取得 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 平成 令和	年	月	日
出産のため勤務できなかった期間	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	
						正 常 又 は 異 常 出 産 の 別	正 常 ・ 異 常	
	出 産 予 定 日	令和	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。							
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					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		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  
氏 名

職 名  
氏 名