様式第書32号

出産手当金請求書(第 1 回)

所属所名(市町村等名)	○○市		組合員	氏名	共済　彩子			
組合員証記号番号	所属コード 999	組合員証番号 9999		生年月日	昭(平)	○年 ○月 ○日	性別 男(女)	
資格取得年月日	昭(平)令	○年 ○月 ○日		資格喪失年月日	令	年 月 日		
勤務できなかった期間	平(令)	○年 ○月 ○日から		出産予定日	令	○年 ○月 ○日		
	平(令)	○年 ○月 ○日まで		出産年月日	令	○年 ○月 ○日		
療養の給付の対象となった入院期間	平令	年 月 日から		医療機関名及び所在地				
	平令	年 月 日まで						

出産に関する医師又は助産婦の証明

上記の者は、○年 ○月 ○日出産(正常・異常)したことを証明する。

出産予定日：○年 ○月 ○日

令和 ○年 ○月 ○日

住所 ○○市○○ ○○－○○

証明者 氏名 ○○病院　医師名

支給開始月以前直近12カ月の平均標準報酬の月額	請求期間	請求金額
560,000円	自 ○年 ○月 ○日 至 ○年 ○月 ○日 (70 日間)	3,156 円

上記のとおり請求します。

埼玉県市町村職員共済組合理事長　様

令和 ○年 ○月 ○日

郵便番号 330-0064

住所 さいたま市浦和区岸町7－5－14

請求者 氏名 共済　彩子

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

令和 ○年 ○月 ○日

所属所長 ○○市長 埼　玉　一　郎

〔注〕① 出産の日以前42日間と、出産の日後56日間請求願いたいこと。

② 出産の日が出産予定日より遅れた場合は、予定日の翌日から出産日までの期間を加えて支給できますので、出産予定日の確認できる医師の証明書又は、母子手帳の写し(所属所の証明を必要とする)を提出願いたいこと。

(共済組合提出用)

出勤しなかった期間の報酬(※)の支払状況

※報酬には、諸手当も含みます。平成27年9月分までは、従前の給料月額で記入してください。

勤務できなくなった最初の日から請求期間の前日までの期間	年 月 日 } 年 月 日 間 割 円 年 月 日 } 年 月 日 間 割 円 年 月 日 } 年 月 日 間 割 円	備考	
請求期間	○年 ○月 ○日 } ○年 ○月 ○日 間 10 割 ○○○ 円	祝日の報酬(※)の支払状況 割 円	

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

令和 ○年 ○月 ○日

給与事務担当者 職名 主任

氏名 ○○ ○○

共済組合使用欄

今回支給日数(○印) 年 月							今回支給日数(○印) 年 月							今回支給日数(○印) 年 月							今回支給日数(○印) 年 月						
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28
29	30	31					29	30	31					29	30	31					29	30	31				

支給開始日	前回支給分	今回支給分
年 月 日から	年 月 日まで	年 月 日まで

支結日数	日	控除額	円	整理番号	E	

備考

課長		主幹		主査		係		照合		備考	