



出産手当金請求書

※ 決定額 円

組合員証	記号	〇〇〇〇	フリガナ	〇〇〇〇 〇〇〇〇	所属機関	名称	〇〇〇〇〇〇〇〇
	番号	〇〇〇〇	組合員氏名	〇〇 〇〇		所在地	〇〇〇〇〇〇〇〇
組合員					任意継続組合員		
資格取得日	昭和 平成	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日
資格喪失日	平成	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日
出産予定日	平成	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日
出産日	平成	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日
出産(予定)児の数		単胎・多胎(児)					
勤務できな かった期間	平成	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日から
	平成	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日まで
請求期間		平成	〇〇	年	〇〇	月	〇〇
請求期間		平成	〇〇	年	〇〇	月	〇〇
支給開始 年月日	平成	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日
	他の社会保険への 加入の有無		有		(平成 年 月 日から 保険加入)		
標準報酬 月額(短期)		〇〇	等級	〇〇〇, 〇〇〇	円	請求金額	〇〇〇, 〇〇〇 円
請求期間に対する 報酬の支給の有無 (いずれかに○をしてください)		有		(別添、報酬支給額証明書のとおり)			
		無		所属機関の長又は 給与事務担当者			
		職名		〇〇〇〇〇			
		氏名		〇〇〇〇〇〇〇〇			
				印			
又は 産助に 産関 する 証 明 師	出産年月日	平成	〇〇	年	〇〇	月	〇〇
	出産又は死産の別	出産		・ 死産 (妊娠 ヶ月)		出産児の数 (予定)	単胎
	上記のとおり証明します。		平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日				
		住所		〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇			
		証明者 (医師又は助産師)		氏名		〇〇〇〇〇〇〇	
		TEL		〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇〇			
				印			
上記のとおり請求します。							
鳥取県市町村職員共済組合理事長 様				請求者の氏名を自署した場合は、押印を省略できます。			
平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日							
		請求者		住所		〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
				氏名		〇〇 〇〇	
				印			
請求者の氏名を自署した場合は、押印を省略できます。							

(注)

- 1 医師又は助産師の証明を受けてください。
- 2 報酬の支給の有無欄は、所属機関の長または給与事務担当者の証明を受けてください。
- 3 ※印欄は記入しないでください。

※決 裁	事務局長	事務局長次長	課長	合議	主査

【 出産手当金の算定方法について 】

$$\text{給付額} = \text{標準報酬日額} (*) \times 2/3 \times \text{支給対象日数}$$

* 標準報酬日額

1. 支給開始日以前の組合員期間が12月以上の場合

① 支給開始日が平成27年9月30日以前

平成27年10月1日現在の標準報酬月額 ÷ 22日

② 支給開始日が平成27年10月1日から平成28年8月31日まで

平成27年10月から支給開始日の属する月までの標準報酬月額の平均額 ÷ 22日

③ 支給開始日が平成28年9月1日以降

支給開始日の属する月以前の12月の標準報酬月額の平均額 ÷ 22日

2. 支給開始日以前の組合員期間が12月未満の場合

1の①～③の額と次の額のいずれか少ない額

・全組合員の平均の標準報酬月額(※1・※2) ÷ 22日

※1…360,000円

※2…基準日：前年度の9月30日。

ただし、平成28年度においては、平成27年10月1日。

《 注意事項 》

1. 勤務を要しない日（土・日曜日）については、支給対象となりません。
2. 報酬が支払われているときは、出産手当金との差額のみが支給されます。