

出産手当金請求書

組合員証 記号番号	地・奈良	組合員 氏 名		所属名 (コード)	
資格取得年月日	年 月 日	資格喪失年月日	年 月 日		
出 産 年月日	平成 年 月 日	病院・診療所の 名称及び所在地			
勤務できな かった期間		年 月 日から 年 月 日まで			
被扶養者を有 していた期間		年 月 日 から 年 月 日 まで	請 求 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで	
給料月額	職 級 号給	円	請求金額		円
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">地方職員共済組合奈良県支部長 殿</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 住 所</p> <p style="text-align: center;">請求者 氏 名 ⑩</p>					
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 職 名</p> <p style="text-align: center;">所属所長 氏 名</p>					

※印欄は記入しないでください。

平成 年 月 日から平成 年 月 日までの下記期間について出勤しな
 かった事に相違ありません。

- ◎ 平成 年 月 日 } 間 割 円
- ◎ 平成 年 月 日 } 間 割 円
- ◎ 平成 年 月 日 } 間 割 円

給 料 円 × 1/22 = 円 給料日額 円 × 2/3 × 1.25 = 円 給付日額 円 × 支給日数 日 = 円 給付額 円 - 控除額 円 = 円	今回支給日数 (該当日に○をする)					
	曜日	月分				
		1	8	15	22	29
		2	9	16	23	30
		3	10	17	24	31
		4	11	18	25	
		5	12	19	26	
		6	13	20	27	
	7	14	21	28		

※ 支 給 開 始 日	※ 前 回 支 給 分	※ 今 回 支 給 分
平成 年 月 日 分 から	平成 年 月 日 分 まで	平成 年 月 日 分 まで

決定額	※	円
-----	---	---