共済組合
受付年月日

所属所
受付年月日

出 産 手 当 金 請 求 書

※決定額	円

組合員等	記号	○○○○	フリガナ		所属機関	名称	○○○○○○○○
	番号	○○○○	組合員氏名			所在地	○○○○○○○○

	組合員	任意継続組合員
資格取得日	昭和 平成 (令和) ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	令和 年 月 日
資格喪失日	令和 年 月 日	令和 年 月 日

出産予定日	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	出産日	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	出産（予定）児の数 (単胎)・多胎（ 児）
勤務できなかった期間	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日から 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	
支給開始年月日	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	他の社会保険への加入の有無	有	（令和 年 月 日から 保険加入）
			(無)	
標準報酬月額(短期)	等級 円	請求金額	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 ○○○○○ 氏名 ○○○○○○○○

出産に関する証明				
出産年月日	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	出産予定日	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日
生産又は死産の別	(生産)・死産（妊娠 ヶ月）	出産児の数（予定）	(単胎)・多胎（ 児）

上記のとおり証明します。

令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

証明者（医師又は助産師）
住所
氏名
TEL ― ―

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

令和 年 月 日

請求者
住所
氏名

（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	事務局次長	課長	合議	主査

(R7.4.1)

【 出産手当金の算定方法について 】

給付額　＝　標準報酬日額（＊）　×　２／３　×　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

・支給開始日の属する月以前１２月の標準報酬月額の平均÷２２日

２．支給開始日以前の組合員期間が１２月未満の場合

・次の①、②のいずれか低い額÷２２日

①支給開始月以前の平均標準報酬の月額

②共済組合の平均標準報酬の月額（360,000円）