|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受 付 印短期請求等様式第９号（表）※ | 決 裁 | 事務局長　　　　 | 次　長 | 課　長 | 主　幹 | Ｇ　Ｌ | 担　当 | 合　議 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|
| ※ 決 定 年 月 日 |  |
| **出 産 手 当 金 請 求 書** | 決 定 額 | 円 |
| 組合員等記号・番号 | 　　　― | 組合員氏 名 |  | 所属所名 |  |
| 資格取得年月日 |  年 月 日 | 資格喪失年月日 |  年 月 日 |
| 出産予定日 |  年 月 日 | 出産日 |  年 月 日 |
| 出産のため勤務できなかった期間 | 年 　 月 　 日から　　　　　　　　　年 　 月 　 日まで |
| 病院又は診療所名 |  |
| 所在地 |  |
| 標準報酬月　　額 |   円（※ 月分） | 請求期間 | 年 　 月　 日から年 　 月 　 日まで | 請求金額 | 円 |
| 出産予定日及び出産についての医師又は助産師 |  出産予定日： 年 月 日 （ 単胎・多胎妊娠 ） 出 産 日： 年 月 日 （ 正常・異常出産 ） 上記のとおり証明する。 年 月 日 証明者   |
| 上記のとおり請求します。 滋賀県市町村職員共済組合理事長 殿年 月 日 住 所 氏 名  |
| 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。１　請求期間は、出産日（出産日が出産予定日後であるときは、出産予定日）以前42日（多胎妊娠の場合98日）、出産日後56日までの間です。２　退職後の出産にかかる請求の場合、出産時に加入されていた健康保険証等の写しを添付してください。３　※印欄は記入しないでください。(注)年 月 日 職 名 氏 名  |

短期請求等様式第９号（裏）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 勤務しなかった期間の給料の証明欄 | 給料証明期間 |  年 月 日から 年 月 日まで  |
|  |
|  年 月 日　～ 年 月 日 日間 円 年 月 日　～ 年 月 日 日間 　円 年 月 日　～ 年 月 日 日間 円年 月 日　～ 年 月 日 日間 円 年 月 日　～ 年 月 日 日間 円 |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。年 月 日 職名又は　 氏名 |
| 給　料　と　の　調　整 |  　　　※標準報酬月額 　　標準報酬日額円× １／２２ ＝　　　　　　　　　　　　　　　円（10円未満四捨五入）標準報酬日額 給付日額円×２／３× 　＝　　　　　　　　　　　　　　　円（1円未満四捨五入）給付日額 支給日数 　　　控除額 　 給付決定額円× 　　　 日　－　　　　　　　円 ＝　　　　　　　　　　　　　円 |
| ※支給開始日 | 年 月 日から | ※前回支給分 | 年 月 日分まで |