受付印

決裁	事務局長	次長	課長	主幹	GL	担当	合議
※ 決定年月日							

短期請求等様式第９号（表）

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の証明	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　住所 医療機関名 医師・助産師氏名

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　請求者　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。

年　月　日　所属所長　職名

氏名

（注）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。

短期請求等様式第９号（裏）

<table>
<tr><td rowspan="6">勤務しなかった期間の給料の証明欄</td><td>給料証明期間</td><td colspan="4">年　月　日から　年　月　日まで</td></tr>
<tr><td>年　月　日 ～</td><td>年　月　日</td><td>日間</td><td>円</td></tr>
<tr><td>年　月　日 ～</td><td>年　月　日</td><td>日間</td><td>円</td></tr>
<tr><td>年　月　日 ～</td><td>年　月　日</td><td>日間</td><td>円</td></tr>
<tr><td>年　月　日 ～</td><td>年　月　日</td><td>日間</td><td>円</td></tr>
<tr><td>年　月　日 ～</td><td>年　月　日</td><td>日間</td><td>円</td></tr>
<tr><td colspan="5">上記のとおり相違ないことを証明します。
年　月　日

所属機関の長　職名
又は
給与事務担当者　氏名</td></tr>
<tr><td>給料との調整</td><td colspan="4">※
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</td></tr>
<tr><td>※支給開始日</td><td>年　月　日から</td><td>※前回支給分</td><td colspan="2">年　月　日分まで</td></tr>
</table>