記入例

出産手当金請求書

※ 記入不要 円

資格喪失後の請求の場合、退職時のものを記入

日中連絡のつく電話番号又は内線番号を記入

資格喪失後の請求の場合は記入

記号番号	401-XXXXXXX	組合員氏名	防衛　花子	所属部局課（部隊名）連絡先電話番号	○○○○ XXX-XXXX-XXX（内線番号 XXX）
出産年月日 又は出産予定年月日	○○○○年○月○日	資格取得年月日	○○○○年○月○日	資格喪失年月日	年　月　日
勤務できなかった期間	○○○○年　○月　○日から ○○○○年　○月　○日まで	病院又は診療所名及び所在地	○○病院 東京都○○区○○		
報酬	○級 ○○万円（月額）	請求期間	○○○○年○月○日から ○○○○年○月○日まで	請求金額	記入不要 円

出産又は流産等の年月日を記入

出産のため勤務できなかった全期間及び資格喪失後以後に就労しなかった全期間を記入

出産、一般疾病等のため、入院した病院等の名称及び所在地を記入

請求金額はセンター記入

勤務できなかった期間のうち、当該給付の対象となる期間を記入

給付事由の生じた日の標準報酬の等級及び月額（資格喪失後の場合は、退職時の標準報酬の等級及び月額）を記入

出産（予定）に関する医師又は助産師の意見

出産年月日　年　月　日（正常分べん・異常分べん・多胎）

出産予定年月日　年　月　日

上記のとおり相違ありません。

医師又は助産師 記入欄

年　月　日

住所

職名　医療機関名

氏名

出産等の事実に関し、医師等の証明を受ける。

上記のとおり請求します。

防衛省共済組合　市ヶ谷センター所属所長　殿

年　月　日　記入不要

請求者　住所　〒XXX-XXXX 東京都○○区○○○

氏名　防衛　太郎

年　月　日から　年　月　日まで出勤しなかった期間に対して、次の金額の報酬を支払ったことを証明する。

年　月　日

年　月　日 ～ 年　月　日　間　割　円

年　月　日 ～ 年　月　日　間　割　円

年　月　日 ～ 年　月　日　間　割　円

給与事務担当者記入欄

給与事務担当者　官職

氏名

組合員期間		標準報酬月額平均	

今回支給日数（該当日に○印を付す）

年　月分

曜日					
	1	8	15	22	29
	2	9	16	23	30
	3	10	17	24	31

※標準報酬の月額平均

（組合員期間が12ヶ月未満の場合は、月額の平均または組合平均のいずれか低い額を標準報酬月額平均とする）

÷ 22 ＝

標準報酬の日額（五円未満の端数は切り捨て、五円以上十円未満の端数は十円に切り上げ）

標準報酬の日額 × 2/3 ＝ 給付日額（五十銭未満の端数は切り捨て、五十銭以上一円未満の端数は一円に切り上げ）

記入不要

給付日額 × 支給日数 ＝ 給付額

給付額 － 控除額 ＝ 給付決定額

※支給開始日	※前回支給分	
年　月　日分から	年　月　日分まで	年　月　日分まで

振込先を選択する。公金受取口座ではなく指定の口座で受取を希望する場合は、下部に振込先を記入して振込先の分かるもの（通帳のコピー等）を添付する。

振込先口座（職員名義の国内口座を記入）公金受取口座希望（する　／　しない）

（公金受取口座への振込を希望する場合は、公金受取口座の「する」を選択し、振込先は記入不要です。）

＿＿＿＿銀行　＿＿＿＿支店　普通 当座　口座番号＿＿＿＿　フリガナ 名義人＿＿＿＿