

休業手当金請求書(第 1 回)

所属所名 (市町村等名)	〇〇市		組合員氏名	共済 二郎		性別	男・女
組合員証 記号番号	記号	番号	組合員 生年月日	昭和 平成	〇年	〇月	〇日
	999	9999		年齢	〇〇才		
資格取得年月日	昭和 平成	〇年	〇月	〇日	資格喪失年月日	令和	年 月 日
職 種	事務職		勤務できな かった理由	被扶養者(父:共済三郎) の病気による看護のため			
勤務できな かった期間	〇年 〇月 〇日から 〇年 〇月 〇日まで						
根拠規定	地方公務員等共済組合法第70条第 1 号に該当することを証明する。 ※必ず記入してください 令和 〇年 〇月 〇日 証明者 職 名 △△課長 氏 名 〇 〇 〇 〇						
標準報酬 の月額	360,000 円	請求期間	自至	〇年 〇月 〇日	〇年 〇月 〇日	請求金額	89,980 円
上記のとおり請求します。 埼玉県市町村職員共済組合理事長 様 〒 330-0064 令和 〇年 〇月 〇日 住 所 さいたま市浦和区岸町7-5-14 請求者 氏 名 共済 二郎							
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 〇年 〇月 〇日 所属所長 〇〇市長 埼玉 一郎							

[注] 一ヵ月(暦月)分ごとに請求してください。

(共済組合提出用)

出勤しなかった期間の報酬(※)の支払状況			
※報酬には、諸手当も含まれます。平成27年9月分までは、従前の給料月額で記入してください。			
勤務できなくなった 最初の日から請求 確認期間の前日 までの期間	年 月 日 } 間	割	円
	年 月 日 } 間	割	円
	年 月 日 } 間	割	円
請求確認期間	〇年 〇月 〇日 } 間	〇割	〇円
勤務を要しない日の確認欄 {上記請求確認期間のうち、勤務を 要しない日を記入してください。}	〇日 〇日 〇日 〇日 〇日		
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 給与事務担当者 職 名 主任 氏 名 〇〇 〇〇			

共済組合使用欄													
今回支給日数(〇印)													
年 月													
1	2	3	4	5	6	7							
8	9	10	11	12	13	14							
15	16	17	18	19	20	21							
22	23	24	25	26	27	28							
29	30	31											
支給開始日			前回支給分				今回支給分				共済組合受付印		
年 月 日から			年 月 日まで				年 月 日まで						
支給日数			控除額				整理番号						
課長		主幹		主査		係		照合					