

課長	保	健	係

休業手当金請求書

支給決定伺			
決定額			円

組合員証記号番号 又は個人番号※	1 2 3 - 4 5 6 7	組合員 氏名	共済 太郎	所 属 機 関 名	〇〇市役所
勤務できな かった期間	令和〇〇年 1月 1日から 令和〇〇年 3月 31日まで	請求期間	令和〇〇年 3月 1日から 令和〇〇年 3月 31日まで 22日間		
勤務できなかつた理由	妻 花子が急病にかかり、その看病のため				
所属機関の長の証明	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します。 令和〇〇年 〇月 〇日 住所 〇〇市〇〇町 1-2-3 証明者 氏名 〇 〇 〇 〇				
標準報酬月額	第〇〇級		円	請求金額	円
	〇 〇 〇	〇 〇 〇		〇 〇 〇	〇 〇 〇
上記のとおり請求します。 栃木県市町村職員共済組合理事長 様 令和〇〇年 4月 1日 住所 〇〇市〇〇町 4-5-6 請求者 氏名 共 済 太 郎					
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 令和〇〇年 4月 1日 職名 〇 〇 市 長 所属所長 氏名 〇 〇 〇 〇					

※「個人番号」の記入は、必須ではありません。

添付書類

- ・勤務しなかった期間に支払われた報酬についての所属所長又は給与事務担当者の証明した「報酬支給額証明書」を添付してください。

曜日	3 月分 (22 日)				
日	1	8	15	22	29
月	2	9	16	23	30
火	3	10	17	24	31
水	4	11	18	25	
木	5	12	19	26	
金	6	13	20	27	
土	7	14	21	28	

曜日	月分 (日)				
	1	8	15	22	29
	2	9	16	23	30
	3	10	17	24	31
	4	11	18	25	
	5	12	19	26	
	6	13	20	27	
	7	14	21	28	

曜日	月分 (日)				
	1	8	15	22	29
	2	9	16	23	30
	3	10	17	24	31
	4	11	18	25	
	5	12	19	26	
	6	13	20	27	
	7	14	21	28	

報酬との調整

(標準報酬月額) (標準報酬日額)
000,000 円 × 1 / 22 ÷ 00,000 円 10円未満四捨五入

(標準報酬日額) (支給日数) (給付額)
00,000 円 × 5 / 10 × 00 日 = 000,000 円

(給付額) (控除額) 支給決定額
000,000 円 - 00,000 円 = 000,000 円

報酬(一部または全部)を受けている場合に記入してください。