

保健課長	保健課長補佐	保健係長	合 議	主 任	支出決定 何

休業手当金請求書 (230)

※ 決 定 額 円

組合員区分	所属所番号	組合員等番号	組 合 員 氏 名	所 属 機 関 名
1 一般			生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	

請 求 期 間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日	休業日数	日	標準報酬の 月 額	等級 円
---------	---------------------	------	---	--------------	---------

勤務できな かった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日	請求金額	円
----------------	---------------------	------	---

勤務できなかった理由 (○で囲んでください。)

- 被扶養者の病気又は、負傷
- 組合員の配偶者の出産
- 組合員の業務外の災害又は、被扶養者の不慮の事故
- 組合員の婚姻、配偶者の死亡又は、二親等以内の親族等の婚姻若しくは葬祭
- その他 ()

根 拠 規 定	地方公務員等共済組合法第70条第 号に該当することを証明する。 令和 年 月 日 職 名 所属機関の長 氏 名	④
---------	---	---

上記のとおり請求します。

千葉県市町村職員共済組合理事長 様

〒

令和 年 月 日 住 所

請求者 氏 名

組合受付印	再受付印	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。
		令和 年 月 日 職 名 所属所長 氏 名

- 所属機関の長又は、給与事務担当者の証明を受けてください。
- ※印欄は記入しないでください。

報 酬 支 払 の 証 明 欄

令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで勤務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。

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	間 割	円
令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	間 割	円
令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	間 割	円
令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	間 割	円

(標準報酬の日額×日数)

令和 年 月 日

所属機関の長又は 職 名
給与事務担当者 氏 名

印

※

標準報酬の月額 円 × $\frac{1}{22}$ × $\frac{5}{10}$ = 円

給付日額 円 × 支給日数 日 = 円

給付額 円 - 控除額 円 = 給付決定額 円

今回請求(支給)日数 (該当日に○印を付する)	備 考					
月分						
曜日						
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				