

休業手当金請求書(230)

保健課長	保健課長補佐	保健係長	合 議 主 任	支出決定者

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	999	9999	共 済 太 郎	〇〇市
			生年月日 昭和 〇〇年 〇月 〇日	

請求期間	令和〇年10月15日から令和〇年10月25日	休業日数	9 日	標準報酬の額	△△,△△△ 円
勤務できなかった期間	令和〇年10月15日から令和〇年10月25日	請求金額			

勤務できなかった理由 (○で囲んでください。)

1 被扶養者の病気又は、負傷

2 組合員の配偶者の出産

3 組合員の業務外の災害又は、被扶養者の不慮の事故

4 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

5 その他 ()

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。

令和〇年 11 月 2 日

職名 〇〇市長

所属機関の長 氏名 〇〇〇〇

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

〒 260-8502

令和〇年 11 月 1 日

住所 千葉市中央区中央港1-13-3

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。

令和〇年 11 月 2 日

職名 〇〇市長

所属所長 氏名 〇〇〇〇

- 1 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。
- 2 ※印欄は記入しないでください。

報酬支払の証明欄

令和〇年10月15日から令和〇年10月25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。

令和〇年10月15日	～	令和〇年10月25日	間	〇割	△△△,△△△ 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)

令和〇年11月2日

所属機関の長又は
給与事務担当者

職名 〇〇市長
氏名 〇〇〇〇

証明印が必要です。

標準報酬の月額	円	×	$\frac{1}{22}$	×	$\frac{5}{10}$	=	円
給付日額	円	×			日	=	円
給付額	円	-				=	円

今回請求(支給)日数
(該当日に○印を付する)

10 月分

曜日	火	水	木	金	土	日	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				

備 考