

休業手当金請求書

組合員等 記号・番号	△△△-△△△	組合員氏名	共済 太郎	所 属 機 関	〇〇市
勤務できな かった期間	令和 △年 △月 △日から 令和 △年 △月 △日まで	勤務できな かった理由	被扶養者の病気のため		
標準報酬 月額	第 △△ 級 △△△△△△ 円	請求期間	令和 △年 △月 △日から 令和 △年 △月 △日まで	請求金額	△△△△△△ 円
根拠規定	地方公務員等共済組合法第70条第 号[注2]に該当することを証明する。 令和 △△年 △月 △日 証明者 職名 〇〇市〇〇部〇〇課 氏名 担当者名 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">所属所の担当者に証明を受けてください。</div>				
上記のとおり請求します。 山口県市町村職員共済組合理事長 様 令和 △△年 △△月 △△日 請求者 住所 〇〇県〇〇市〇〇 △-△ 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 △△年 △△月 △△日 〇〇市長 所属所長 〇〇 〇〇					

- [注] 1. 組合員等記号・番号が不明なため該当欄に記入できない場合は、共済組合が定める「個人番号申告票」(添付に代えることができます)。
 2. 地方公務員共済組合法70条に規定する各号は次のとおりです。
 1号 被扶養者の病気または負傷
 2号 組合員の配偶者の出産 14日以内
 3号 組合員の公務によらない不慮の災害または被扶養者に係る不慮の災害 5日以内
 4号 組合員の婚姻、配偶者の死亡または二親等内の血族もしくは一親等の姻族で主として組合員の収入により生計を維持する者もしくはその他の被扶養者の婚姻もしくは葬祭 7日以内
 5号 前号に掲げる者のほか、組合員の配偶者(届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。)、子または父母で被扶養者でない者の病気または負傷 60日以内

下記のとおり決定してよろしいか。

共済組合 使用欄							共済組合 受付印
決定額	円	給種	230	番号		支給日数	

※ 報酬 (注)との調整	標準報酬 月額		給付日額	今回支給日数 (該当日に○印を付する。)					
	$\text{円} \times \frac{1}{22} \times \frac{50}{100} =$		円	△ 月 分					
	(10円未満四捨五入)		(円位未満切捨て)	土曜日	1	8	15	22	29
	給付日額	支給日数	給付額	日	2	9	16	23	30
				月	3	10	17	24	31
				火	4	11	18	25	
				水	5	12	19	26	
			木	6	13	20	27		
			金	7	14	21	28		
※ 支給開始日			※ 前回支給分			※ 今回支給分			
令和 年 月 日分			令和 年 月 日分			令和 年 月 日分			
から			まで			まで			

必ず記入してください。

注 1 「報酬」とは、組合員が自己の労務の対償として受け取る給料（基本給）、諸手当等の全てです。ただし、期末・勤勉手当等及び実費弁償的なものである出張旅費・災害派遣手当は除き、地方公共団体の給与条例等において給与として規定されている現物給与（通勤手当に相当するものとして支給される定期券等）を含みます。

2 ※欄は、記入しないでください。