

※ 課長	係長	係員

伺 下記のとおり支給して
よろしいか。

休業手当金請求書 (230)

下記のとおり請求します。

茨城県市町村職員共済組合理事長 様

		入力	
請求日	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
組合員証 記号番号	1	1	1 - 1 1 1 1 1
所属所	〇〇市役所		
組合員氏名	共済 太郎 (印)		取得年月日 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 喪失年月日 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
勤務できなかつた期間	該当する項目を○で囲んでください。		短報期標準月準額 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日から 〇〇 等級 〇〇〇, 〇〇〇 円…A
平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日から 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日まで	① 出産手当金を 支給している。	② 傷病手当金を 支給している。	③ ② ちかも支給 していない。
勤務できなかつた理由 (具体的に詳しく書いてください。)	受給開始日 年 月 日から		
別居している祖父の介護のため (介護休業制度が適用されず欠勤扱いと なった。)	地方公務員等共済組合法第70条第〇号に該当することを証明する。 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
根拠規定 70条 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 3号 組合員の公務によらない不慮の災害又は被扶養者に係る不慮の災害 4号 組合員の婚姻、配偶者の死亡又は2親等内の血族もしくは1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もの若しくはその 他の被扶養者の婚姻もしくは葬祭 5号 前号に掲げるもののほか、運営規則で定める事由	〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇〇号 〇〇〇〇 (印)		
出勤しなかつた期間に対して、次の金額の給料を支払った ことを証明する。	(該当日に○印を付する)		曜日 金 土 日 月 火 水 木
平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日から 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日まで	平成 〇〇 年 〇〇 月 分		1 2 3 4 5 6 7
年 月 日 } 間 割 円	請求回数 〇 回目		8 9 10 11 12 13 14
年 月 日 } 間 割 円			15 16 17 18 19 20 21
平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 } 間 〇 割 〇 円			22 23 24 25 26 27 28
平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 } 間 〇 割 〇 円			29 30 31
平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 (給与事務担当者)	(支給額の計算)		
職名	短期標準報酬月額 A 円 × $\frac{1}{22}$ = 〇〇, 〇〇〇 円… B (10円未満四捨五入)		
氏名 (印)	支給日額 B 円 × $\frac{5}{10}$ = 〇, 〇〇〇 円… C (1円未満四捨五入)		
	支給日数 11 日 × 給付額 〇〇, 〇〇〇 円… D		
	控除額 給付決定額 D × 日 = 円… E		
	※支給開始日 年 月 日から		
	前回支給分 年 月 日まで		
	今回支給分 年 月 日まで		
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。	受付印		
平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	〇〇市長 (印)		
所属所長	〇〇市 〇〇〇 (印)		
氏名	〇〇〇〇 (印)		

1. 太線の中を記入してください。
2. 所属所の長及び給与事務担当者の証明を受けたうえ、組合に提出してください。
3. 給与支払に関する証明は、勤務できなくなった最初の日から今回請求分までを証明してください。
4. 請求書は1月につき1枚ずつ作成してください。