

休業手当金請求書

決定伺	課長	課長補佐・主幹	課員

決定額					円
-----	--	--	--	--	---

記号	番号	組合員氏名	所属所名
999	99999	共済 太郎	〇〇市
勤務できな かった期間	令和 〇年11月24日から 令和 〇年11月30日まで	標準報酬月額	第〇〇級 300,000 円
請求期間	令和 〇年11月24日から 令和 〇年11月30日まで	請求金額	34,100 円
根拠規程	地方公務員等共済組合法第70条の次の各号の一に掲げる事由により欠勤したことを証明する。 ① 被扶養者の病気又は負傷 2 組合員の配偶者の出産(上限14日) 3 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(上限5日) 4 組合員の婚姻、配偶者の死亡又は二親等内の血族又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もの若しくはその他の被扶養者の婚姻若しくは葬祭(上限7日) 5 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。)、子又は父母で被扶養者でないものの病気又は負傷(上限5日) 〇〇年〇〇月〇〇日 職名 〇〇市長 証明者 氏名 〇〇 〇〇 (該当するものに○をつけてください)		
上記のとおり請求します。 福岡県市町村職員共済組合理事長 殿 〇〇年〇〇月〇〇日 請求者 住所 〇〇市△△1丁目2番3号 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。 〇〇年〇〇月〇〇日 所属所長 職名 〇〇市長 氏名 〇〇 〇〇			共済組合受付印

休業手当金請求書 2 / 2

(給付額算定書)

記 号 番 号	999 - 99999	氏 名	共 済 太 郎		
給 付 対 象 月	令和 ○ 年 11 月				
標 準 報 酬 月 額 (ア)	300,000 円				
標 準 報 酬 日 額 (イ)	13,640 円	標準報酬月額(ア)÷22 (10円未満四捨五入)			
給 付 日 額 (ウ)	6,820 円	標準報酬日額(イ)×50/100 (端数四捨五入)			
給 付 日 数 (エ)	5 日	※ 勤務を要しない日を除く。			
給 付 額 ①	34,100 円	給付日額(ウ)×給付日数(エ)			
報 酬 の 支 給 状 況	※ 在職中の場合、給付対象月に支払った給料について証明してください。 ※ 月の途中で支給割合が変更(無給になった場合を含む。)になった場合は、期間を分けて証明してください。				
<input type="checkbox"/> 支給なし <input checked="" type="checkbox"/> 支給あり					
		○ 年 11 月 1 日 から	16 日	10 割	192,000 円
		○ 年 11 月 23 日 まで			
		○ 年 11 月 24 日 から	5 日	0 割	0 円
		○ 年 11 月 30 日 まで			
上記のとおり相違ないことを証明する。 ○○年○○月○○日 所属 所 長 又 は 給 与 事 務 担 当 者 ○○市長 (職 ・ 氏 名) ○○ ○○					
調 整 額 ②	0 円	支給報酬額の合計			
差 引 支 給 額	34,100 円	給付額①－調整額②			

受 給 開 始 日		→	満 了 予 定 日	
-----------	--	---	-----------	--