

休業手当金請求書

※決定 伺	課長	係長	係

		※ 決 定 額	円
組合員証記号番号 又は個人番号		所 属 機 関	名 称
組 合 員 氏 名			所 在 地
勤 務 で き な か っ た 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで	標 準 報 酬 の 等 級 及 び 月 額	第 級 円
請 求 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで	請 求 金 額	円
根 拠 規 定	<p>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。(該当するものに○をつけてください)</p> <ol style="list-style-type: none"> 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若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7日) <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所属所長 職 名 氏 名 印</p>		
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">沖縄県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p style="text-align: right;">請 求 者 住 所 氏 名</p>			
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所属所長 職 名 氏 名</p>			

1. 裏面に所属機関の長又は給与担当者の証明を受けて、組合に提出してください。
 2. ※印は共済組合使用欄です。ご記入は不要です。

年 月 日から 年 月 日まで出勤しなかった
期間に対して次の金額を支払ったことを証明する。

年 月 日から 年 月 日まで	日	割	円
年 月 日から 年 月 日まで	日	割	円
年 月 日から 年 月 日まで	日	割	円

年 月 日

所属所長又は
給与事務担当者

今回支給日数
(該当日に○印)

年 月分
(日)

曜	1	8	15	22	29
曜	2	9	16	23	30
曜	3	10	17	24	31
曜	4	11	18	25	
曜	5	12	19	26	
曜	6	13	20	27	
曜	7	14	21	28	

※
報酬との調整

標準報酬月額 標準報酬日額
円 × $\frac{1}{22}$ = 円 (10円未満四捨五入)

標準報酬日額 給付日額 (A)
円 × $\frac{50}{100}$ = 円 (円未満四捨五入)

給付日額 (A) 今回支給日数 給付額 (C)
円 × 日 = 円

(差額支給の場合)

報酬日額 (B)
円

給付日額 (A) 報酬日額 (B) 差額日額 今回支給日数 給付額 (C')
円 - 円 = 円 × 日 = 円

※
決定額

給付額 (C) 調整額 (D) 給付決定額
円 - 円 = 円

※ 支給開始日

※ 前回支給分

※ 今回支給分

年 月 日から

年 月 日から
年 月 日まで

年 月 日から
年 月 日まで