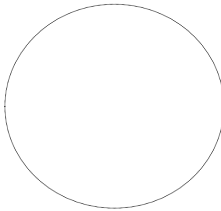
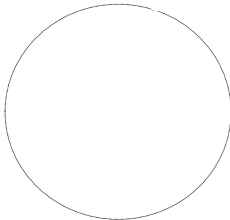


共済組合受付日付印

所属所受付日付印



決 裁	課 長	合 議	担 当

休業手当金請求書

令和 年 月分 (第 回)

決定額

※

円

組合員証記号 及び番号又は 個人番号	-	組合員 氏 名	所 属 機 関 名
勤務できな かった理由			
勤務できな かった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	請 求 期 間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
標準報酬の等級及び月額	等級		円
<p>地方公務員等共済組合法第70条第 号の規定に該当することを証明する。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職 名 証明者 氏 名</p>			
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>石川縣市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>令和 年 月 日 円</p> <p style="text-align: right;">住 所 請求者 氏 名</p>			
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職 名 所属所長 氏 名</p>			

【地方公務員等共済組合法第70条に該当する休業】

第1号 被扶養者の病気又は負傷

第2号 組合員の配偶者(被扶養者でない配偶者、及び内縁関係にある者を含む。)の出産

第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

第4号 組合員の婚姻、配偶者(第2号の配偶者と同じ。)の死亡又は被扶養者などの婚姻や葬祭

第5号 組合員の配偶者(第2号の配偶者と同じ。)又は一親等の親族(子の配偶者を除く。)で、被扶養者でない者の病気

○ ※欄は記入しないでください。

○ 休業状況について、出勤簿の写しを添付してください。

○ 休業月について、「報酬支給額証明書」を添付してください。

休業手当金計算書 (記入しないでください)

標準報酬月額 円 × 1/22 =	標準報酬日額 円 (A) (10円未満四捨五入)					
標準報酬日額 円 (A) × 50/100 =	給付日額 円 (B) (円未満切捨て)					
給付日額 円 (B) ×	給付日数 日 =	給付額 ㊦ 円				
※報酬との調整 給付額㊦(給付日額×日数) 控除額(報酬日額×日数) 円 - 円 給付決定額 = 円		令和 年 月分 給付日数 日				
		1	8	15	22	29
		2	9	16	23	30
		3	10	17	24	31
		4	11	18	25	
		5	12	19	26	
		6	13	20	27	
		7	14	21	28	
支 払 開 始 日	前 回 支 給 分	今 回 支 給 分				
令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	令和 年 月 日まで				