

休業手当金請求書

第115条様式

給種コード	2	3	0	所属機関名	〇〇市									
組合員証記号番号又は個人番号	記号	5	0	3	番号	2	3	4	5	6	組合員氏名	共済花子		
標準報酬	15級	月額	2	4	0	0	0	0	円	勤務できなかった期間	平成△△年4月2日から	平成△△年4月7日まで		
請求期間	平成△△年4月2日から平成△△年4月7日まで										支給日数	5日		
資格取得日	昭和△△年4月1日	請求金額	34,080円			決金額*						円		
勤務できなかった理由	4月2日長男(次郎)が手術をし、常時監視を必要とするため。													
根拠規定	地方公務員等共済組合法第70条第1号に該当することを証明する。 平成△△年4月10日 職名 〇〇市長 所属所長 氏名 赤城一郎													
上記のとおり請求します。 群馬県市町村職員共済組合理事長様 平成△△年4月10日 住所 前橋市元総社町355番地の8 請求者 氏名 共済花子														
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成△△年4月10日 職名 〇〇市長 所属所長 氏名 赤城一郎														

1 組合員証記号番号を記入する場合は、個人番号は記入しないでください。

2 裏面に所属機関の長又は給与事務担当者の証明を受けてください。

所属所
担当者

印

平成△△年 4 月 2 日から平成△△年 4 月 7 日まで勤務しなかった期間に対して、次の金額の給料を支払ったことを証明する。

平成 △△ 年 4 月 1 日から
 平成 △△ 年 4 月 7 日まで 6 日間 割 0 円

平成 年 月 日から
 平成 年 月 日まで 日間 割 円

平成 年 月 日から
 平成 年 月 日まで 日間 割 円

平成 △△ 年 4 月 10 日

所属機関の長 職 名 ○○市長
 又 は
 給与事務担当者 氏 名 赤 城 一 郎



***** [共 済 組 合 記 入 欄] *****

給料との調整

(給 料 額) (給料日額)
 円 × $\frac{1}{22}$ = 円
(10円未満四捨五入)

(給料日額) (給付日額)
 円 × $\frac{6}{10}$ = 円

(給付日額) (支給日数) (給 付 額)
 円 × 日 = 円

(給 付 額) (控 除 額) **給付決定額**
 円 - 円 = 円

曜日	月分 (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 給 開 始 日	前 回 支 給 分	今 回 支 給 分
平成 年 月 日	平成 年 月 日まで	平成 年 月 日まで