

# 休業手当金 請求書

カード 1 2 08	<b>休業手当金 請求書</b>																			
共済区分 3 2	新規 4 1	休業手当金 <sup>24</sup> 230 <sup>27</sup> <sup>33</sup>																		
組合員証番号				氏名				所属機関名												
<del>5</del>				<del>7</del>				<del>12</del>												
生年月日				元号 年 月 日				コード												
資格取得年月日				元号 <sup>41</sup> 年 月 <sup>47</sup> 日				資格喪失年月日				元号 <sup>48</sup> 年 月 <sup>54</sup> 日								
												給料表 級 号給								
												55 61 円								
請求期間				元号 <sup>62</sup> 年 月 <sup>68</sup> 日 ~ 元号 <sup>69</sup> 年 月 <sup>75</sup> 日				勤務できなかった理由												
出産年月日				元号 <sup>76</sup> 年 月 <sup>82</sup> 日				出産予定年月日				元号 <sup>83</sup> 年 月 <sup>89</sup> 日								
												日数		請求金額						
												90 92		円						
医師の証明		1 平成 年 月 日 出産(正常・異常)したことを証明する。 2 出産予定日 平成 年 月 日 平成 年 月 日 住所 証明者 氏名 印																		
所属所受付		上記のとおり請求します。 地方職員共済組合大分支部長 殿 平成 年 月 日 住所 請求者 氏名 印																		
支部受付		上記の記載事項は、事実と相違なく、地方公務員等共済組合法第70条 号に該当することを証明します。 〒( ) ( ) - ( ) - ( ) 平成 年 月 日 職名 所属所長 氏名 印																		
( )月分				勤務できなかった期間 平成 年 月 日 ~ 月 日																
今月の支給日数( 日)							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。													
曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	平成 年 月 日 給与事務担当者氏名 印													
1	2	3	4	5	6	7														
8	9	10	11	12	13	14														
15	16	17	18	19	20	21														
22	23	24	25	26	27	28														
29	30	31																		
給料日額							給料( ) ÷ 22 × 6 / 10 =							支給開始日 平成 年 月 日						
給付額							日額( ) × 日数( ) = _____ 円							前回支給日 平成 年 月 日						