

課長	保 健	係

休業手当金請求書

支給決定伺			
決定額			円

組合員証記号番号 又は個人番号※	—	組合員 氏 名	所 属 機 関 名	
勤務できな かった期間	年 月 日から 年 月 日まで	請 求 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
勤務できなかった理由				
所属機関の長の証明	地方公務員等共済組合法第70条第_____号に該当することを証明します。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right;">住所 証明者 氏名</div>			
標準報酬月額	第 級	円	請求金額	円
上記のとおり請求します。 栃木県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 <div style="text-align: right;">住所 請求者 氏名</div>				
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right;">職名 所属所長 氏名</div>				

※「個人番号」の記入は、必須ではありません。

添付書類

- ・勤務しなかった期間に支払われた報酬についての所属所長又は給与事務担当者の証明した「報酬支給額証明書」を添付してください。

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	

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	

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	

報酬との調整

(標準報酬月額) (標準報酬日額)

_____ 円 × 1 / 22 ÷ _____ 円 10円未満四捨五入

(標準報酬日額) (支給日数) (給付額)

_____ 円 × 5 / 10 × _____ 日 = _____ 円

(給付額) (控除額) 支給決定額

_____ 円 - _____ 円 = _____ 円