共済組合用

伺	下記のとおり決定して よろしいかお伺いします。	決 裁	局　長	課　長	課長補佐	係　長	係

休業手当金請求書

決定額	※　　円

組合員等 記号番号	100　－　8888	組合員氏名	共済　花子	所属所名	○○市
勤務できなかった期間	令和　○　年　4　月　2　日　から 令和　○　年　4　月　10　日　まで	勤務できなかった理由	子がインフルエンザに罹患し、看病が必要だったため		
標準報酬月額	180,000　円	請求期間	令和　○　年　4　月　2　日　から 令和　○　年　4　月　10　日　まで	請求金額	28,630　円
根拠規程	地方公務員等共済組合法第７０条第　5　号に該当することを証明する。 令和　○　年　○　月　○　日 職　名　○　○　市　長 証明者 氏　名　○　○　○　○				

上記のとおり請求します。

山形県市町村職員共済組合理事長　様

令和　○　年　○　月　○　日

住　所　○○市○○町○－○－○

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。

令和　○　年　○　月　○　日

職　名　○　○　市　長

所属所長

氏　名　○　○　○　○

所属所
受付印

(R7.4.1)

※　裏面に所属機関の長又は給与事務担当者の証明を受けたうえ提出してください。
※　この請求書には下記の書類を添付してください。
　① 出勤簿の写し
　② 休業分の調整を受けた給与明細等の写し
※ ※印欄は記入しないでください。

令和　○　年　4 月　2 日から　令和　○　年　4 月　10 日までの次の期間に対して、次の金額の報酬を支払ったことを証明する。

令和　○　年　4 月　2 日 令和　○　年　4 月　10 日	間	0 円
令和　年　月　日 令和　年　月　日	間	円
令和　年　月　日 令和　年　月　日	間	円

令和　○　年　○　月　○　日

職　名　○　○　市　長

所属機関の長又は給与事務担当者

氏　名　○　○　○　○

☑「報酬支払いに関する証明」について確認しました。

※

標準報酬月額　　標準報酬の日額

円　×　$\frac{1}{22}$　＝　円（10円未満四捨五入）

標準報酬の日額　　1 日あたり給付額

円　×　$\frac{5}{10}$　＝　円（円未満切捨て）

1 日あたり給付額　　支給日額　　給付決定額

円　×　日　＝　円

給付決定額　　控除額

円　－　円　＝　円

今回支給日数
（該当日に○印を付する）

月分

曜日	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
年　月　日から	年　月　日まで	年　月　日まで