

記載例

休業手当金請求書

記号は、「9700」と記入してください。

番号は、職員コードを記入してください。

所属機関の名称及び所在地は、所属の名称及び住所を記入してください。

組合員証	(記号)	(番号)	所属機関	名称	(局・室・区)	(部)	(課)
	9 7 0 0 ● ● ● ● ●			総務企画局	人事部	福利厚生課	
組合員氏名	共済 太郎		所在地	福岡市中央区天神1丁目8番1号			
勤務できなかった期間	平成 27 年 10 月 1 日 ~ 平成 27 年 10 月 9 日						
勤務できなかった理由 (いずれかの番号に○をつけてください。)	欠勤事由			支給対象期間			
	1 被扶養者の病気又は負傷 2 組合員 該当する欠勤事由に○をつけてください。 3 組合員又は被扶養者の不慮の災害(公務災害除く) 4 組合員の婚姻、配偶者の死亡又は2親等内の血族若しくは1親等内の姻族で主として組合員の収入により生計を維持するもの若しくはその他の被扶養者の婚姻又は葬祭			欠勤した全期間 14日以内の欠勤した期間 5日以内の欠勤した期間 7日以内の欠勤した期間			
標準報酬の等級及び月額	23 級		410,000		円		
請求金額(※2)	標準報酬日額(※1) × 50/100(円未満切捨) × 欠勤日数 =				65,240 円		
上記のとおり請求します。							
福岡市職員共済組合理事長							
平成 27 年 10 月 13 日	請求者	住所	〒 ●●●●-●●●● 福岡市中央区●●●●-●●●●				
		氏名	共済 太郎 (印)				
所属機関証明欄	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。						
	平成 27 年 10 月 13 日	所属長(課長)の証明が必要となります。 申請者が部長以上の場合は、庶務担当課長の証明が必要となります。					
	所属機関の長	職名	福利厚生課長				
		氏名	短期 花子 (印)				

※ 本請求書に記載された個人情報、当該給付金支給のために利用します。

※1 標準報酬日額 = 標準報酬月額 ÷ 22 (10円未満四捨五入)

所属機関の長又は給与事務担当者証明欄

平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで勤務し

における給与について次のとおり証明します。

給与の減額がない場合の支給額																				
給料	地域手当	扶養手当	住居手当																	
円	円	円	円	円																
期 間 <table border="1" style="display: inline-table; margin-left: 20px;"> <tr> <td>平成</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日から</td> <td>平成</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日まで</td> </tr> <tr> <td>支給対象日数</td> <td colspan="2">日</td> <td>給与支給割合</td> <td colspan="2">割</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>					平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで	支給対象日数	日		給与支給割合	割			
平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで													
支給対象日数	日		給与支給割合	割																
共济組合にて証明を取りますので、記入不要です。																				
平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで													
		支給対象日数		日		割														
平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで													
		支給対象日数		日		割														
平成	年	月	日まで	日		割														

平成 年 月 日

所属機関の長又は給与事務担当者 職名
氏名

印