

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。

# 記載例

## 休業手当金請求書

組合員証	(記号)	(番号)	所属機関	名称	(局・室・区)	(部)	(課)
	9700	●●●●●		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 R1 年 7 月 1 日 ~ R1 年 7 月 9 日 7 日間							
請求者(組合員等)記入欄	欠勤事由			支給対象期間			
	勤務できなかった理由 <small>(いずれかの番号に○をつけてください。)</small>	<input checked="" type="radio"/> 被扶養者の病気又は負傷 2 組合員 <input type="radio"/> 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。 (あて先) 福岡市職員共済組合理事長							
令和1 年 7 月 16 日		請求者		住所 〒●●●-●●●● 福岡市中央区●●●-●●●-●●●			
				氏名 共済 太郎			
				連絡先(自宅・携帯) 090-△△△△-××××			

所属長(課長)の押印が必要となります。  
 申請者が部長以上の場合は、庶務担当課長の押印が必要となります。  
 任意継続組合員の方は不要です。

所属長確認印

印

※1 標準報酬日額 =

※ 本請求書に記載された個人情報は、当該給付金支給のために利用します。

※ 支給が決定しましたら、決定通知書を送付します。決定に不服があるときは、行政不服審査法により、行政不服審査法により、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に文書または口頭で福岡市職員共済組合審査会に審査請求をすることができます。また、決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、当共済組合を被告として提起することができます。

所属機関の長又は給与事務担当者証明欄

年 月 日 から 年 月 日まで勤務しなかった

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	支給対象日数	給与支給割合
年 月 日から 年 月 日まで	日	割
<b>共済組合にて証明を取りますので、記入不要です。</b>		
年 月 日まで	日	割
年 月 日から 年 月 日まで	日	割

年 月 日

所属機関の長又は給与事務担当者 職名

氏名

印