

所属所受付印

共済組合受付印

給付種別

230

休業手当金請求書

令和 年 月 分

組合員証記号番号又は個人番号

〇〇〇-123456

組合員
氏名

共済 太郎

所属機関
の名称

〇〇市

資格取得日

年

月

日

〇〇

〇〇

〇〇

標準報酬月額

等級

円

請求金額

円

勤務できなかった期間

令和

〇〇

年

月

日

～

令和

〇〇

年

月

日

休業手当金の請求期間

令和

〇〇

年

月

日

～

令和

〇〇

年

月

日

勤務できなかった理由

(具体的な理由をご記入ください)

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。

根

この欄は所属所担当課で記入します

氏名

印

上記のとおり請求します。

岡山県市町村職員共済組合理事長 様

令和 年 月 日

住所

〇〇市△△町〇-〇-〇

請求者

氏名

共済 太郎

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

この欄は所属所担当課で記入します

氏名

(2022.1改訂)

【添付するもの】

・給与簿の写しに原本証明したもの又は報酬支給額証明書

以下は、共済組合使用欄につき、記入不要です。

局 長	課 長	課 長 補 佐	係 長	係	決 定 年 月 日

支 給 年 月

令和

年

月

支給日数

日

決 定 額

円