

共済組合受付年月日

育児休業実績証明書

決定額

※

円

所属コード		組合員等記号・番号	公立福井
所属所		組合員氏名	
標準報酬月額	第	級	円

上記組合員は 年 月 日から 年 月 日まで
の間勤務しなかった事を証明します。
なお、この期間報酬を支給していません。

平成 年 月 日

職名
所属所長 氏名
TEL

<p>給付日額 × 支給日数 = 給付額 円</p> <p><input type="text"/> × <input type="text"/> = <input type="text"/> 円</p>	※今回支給日数(該当日に○印)					
	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		

1. ※の欄は記入しないでください。