

休業手当金請求書

所属所受付年月日		
決定金額	※ (共済組合記入欄) 円	
所属所コード	所属所名	組合員等記号・番号
		公立福井
勤務できなかった期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
勤務できなかった理由		
病気・ケガによる場合は傷病名		
請求期間 (月単位でご請求ください)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
標準報酬月額	請求日数	請求金額
級 円	日	円
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合福井支部長 殿 令和 年 月 日 <div style="text-align: right;">請求者 住所 氏名</div>		
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 <div style="text-align: right;">所属所名 所属所長職氏名</div>		

【添付書類】

- 1 勤務しなかった期間を証明する出勤簿の写し
 - 2 報酬支給額証明書(所属所長または給与担当者が記入)
 - 3 「被扶養者」の病気または負傷による看病のための欠勤の場合は、①の書類
- ※「配偶者または一親等の親族で被扶養者でない者」の病気または負傷による看病のための欠勤の場合は、①②及び③または④の書類
- ① 看病届、出勤簿等欠勤していることがわかる写し
 - ② その病気・負傷の者と組合員との身分関係を証明する書類(住民票、戸籍謄(抄)本等)
 - ③ 医療機関を受診したときに発行される診療報酬明細書の写し
 - ④ 医療機関を受診していない場合は、病気または負傷であることの申立書等