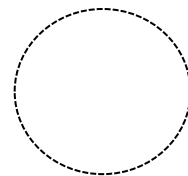


休業手当金請求書



決定額 別紙のとおり

所属所受付印

組合員等 記号番号	公立茨城	フリガナ		所属所名	
	第 号	組合員氏名		所属コード	
勤務できな かった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	勤務できなかった理由			
根 拠 規 定	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する。				
	第1号 被扶養者の病気又は負傷				
	第2号 組合員の配偶者の出産				
	第3号 組合員又は被扶養者の不慮の災害				
	第4号 組合員の婚姻、配偶者の死亡又は被扶養者の婚姻、若しくは葬祭				
第5号 (1)組合員の配偶者又は一親等の親族で被扶養者ではないものの 病気又は負傷 (2)組合員が出席する通信教育の面接授業のとき					
令和 年 月 日					
職 名					
所属所長					
氏 名					
印					
標準報酬月額	等級 円	請求 期間	令和 年 月 日 令和 年 月 日	請求 金額	円
上記のとおり請求します。					
公立学校共済組合茨城支部長 殿					
令和 年 月 日					
住 所					
請求者					
氏 名					
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					
職 名					
所属所長					
氏 名					
印					
所属所所在地	(〒 ー) (電話番号)				
該 当 者 の み 記 入	介護保険法 に関する事項	被保険者証に記載された保険者番号			
		被保険者番号		保険者の名称	

(注) 1 裏面もコピーしてください。

(注) 1 所属所の長又は給与事務担当者の証明を受けたうえ、提出してください。
2 ※印欄は記入しないでください。