

(給付様式第10-3号)

休業手当金請求書

請求の時効は事由発生から2年です。

組合員等 記号・番号	公立神奈川					組合員氏名	
所属コード						所属所 電話	
所属所名							
休業給付 受給状況	傷病手当金	受給なし				出産手当金	受給なし
	請求期間に受給があるの方は、支給対象外です。						
勤務できな かった理由	☐ ① 被扶養者の病気又は負傷 ☐ ② 組合員の配偶者の出産 ☐ ③ 組合員又は被扶養者の不慮の災害 ☐ ④ 組合員の婚姻又は被扶養者等の婚姻若しくは葬祭 ☐ ⑤ その他運営規則で定める理由等						
勤務できな かった期間	年	月	日	から		標準報酬月額	円
	年	月		(まで			
請求期間	年	月	日	から		請求金額	円
	年	月		日まで			
上記のとおり、休業手当金を請求します。							
公立学校共済組合神奈川支部長 様							
年 月 日 請求者(署名)							

※印欄は記入しないでください。

注) 休業証明書を添付してください。

注) 請求月の(給付様式第10-10-3号)給与報酬支給額証明書を添付してください。

<提出先・問合せ先>

〒231-8309 横浜市中区日本大通7

公立 学校共済組合神奈川支部 給付グループ

電話 (045) 210-8179

所属所文書受付印

共済組合文書受付印

(給付様式第10-3号)

休業手当金請求書

〔記入例〕

請求の時効は事由発生から2年です。

組合員等 記号・番号	公立神奈川	123456	組合員氏名	神奈川 太郎	
所属コード	1234		所属所 電話	123-456-7890	
所属所名	神奈川県立〇〇高等学校				
休業給付 受給状況	傷病手当金		出産手当金		
	受給なし		受給なし		
請求期間に受給があるの方は、支給対象外です。					
勤務できな かった理由	☒ ① 被扶養者の病気又は負傷 ☐ ② 組合員の配偶者の出産 ☐ ③ 組合員又は被扶養者の不慮の災害 ☐ ④ 組合員の婚姻又は被扶養者等の婚姻若しくは葬祭 ☐ ⑤ その他運営規則で定める理由等				
勤務できな かった期間	〇年 2月 1日から 〇年 2月 28日まで		標準報酬月額	320,000 円	
請求期間	〇年 2月 1日から 〇年 2月 28日まで		請求金額	円	
上記のとおり、休業手当金を請求します。 公立学校共済組合神奈川支部長 様 〇年 〇月 〇日 請求者（署名） 神奈川 太郎					

※印欄は記入しないでください。
注）休業証明書を添付してください。
注）請求月の（給付様式第10-10-3号）給与報酬支給額証明書を添付してください。

<提出先・問合せ先> 〒231-8309 横浜市中区日本大通7 公立 学校共済組合神奈川支部 給付グループ 電話 (045) 210-8179	所属所文書受付印	共済組合文書受付印
	神奈川県立 〇〇高等学校 6年3月12日 收受印	

休業証明書

組合員等 記号・番号	公立神奈川					組合員氏名	
所 属 コ ー ド							
所 属 所 名							
欠勤理由となっ た対象者氏名 及び 欠勤理由 (疾病名等)	(氏名)		(氏名)		(氏名)		
欠 勤 初 日	年 月 日		年 月 日		年 月 日		
欠 勤 期 間	年 月 日 から 年 月 日		年 月 日 から 年 月 日		年 月 日 から 年 月 日		
添 付 書 類	☐ 勤務しなかった期間がわかる書類（出勤簿の写し等） ☐ 給与が支払われていないことがわかる書類 (給付様式 第10-10-3号 給与報酬支給額証明書) 運営規則第24条第1号の規定に該当する場合 組合員との身分関係がわかる書類（住民票、戸籍謄（抄）本等） 医療機関を受診している場合は、領収書、診療報酬明細書（レセプト）等 運営規則第24条第2号の規定に該当する場合 面接授業の受講証明書等 上記、支払状況等については、添付書類で確認しました。						
上記のとおり、休業したことを証明します。							
公立学校共済組合神奈川支部長 様							
年 月 日 所属所長 							

公立学校共済組合運営規則第24条

法第70条第5号の規定による事由及び期間は、次の各号に掲げる事由及び期間（当該各号に掲げる期間内においてその欠勤した期間）とする。

- 組合員の配偶者（届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。）又は一親等の親族（子の配偶者を除く。）で被扶養者でないものの病気又は負傷 14日
- 組合員が出席する学校教育法（昭和22年法律第26号）第54条第1項又は第84条の規定による通信教育の面接授業 通信教育の面接授業に要する期間

休業証明書

〔記入例〕

組合員等 記号・番号	公立神奈川	1 2 3 4 5 6	組合員氏名	神奈川 太郎
所 属 コ ー ド	1 2 3 4			
所 属 所 名	神奈川県立〇〇高等学校			
欠勤理由となつ た対象者氏名 及び 欠勤理由 (疾病名等)	(氏名) 神奈川 一郎	(氏名)	(氏名)	
	突発性発疹による消化不良性			
欠 勤 初 日	〇 年 2 月 1 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
欠 勤 期 間	〇 年 2 月 1 日 から 〇 年 2 月 28 日	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日
添 付 書 類	☒ 勤務しなかった期間がわかる書類（出勤簿の写し等） ☒ 給与が支払われていないことがわかる書類 （給付様式 第10-10-3号 給与報酬支給額証明書） 運営規則第24条第1号の規定に該当する場合 組合員との身分関係がわかる書類（住民票、戸籍謄（抄）本等） 医療機関を受診している場合は、領収書、診療報酬明細書（レセプト）等 運営規則第24条第2号の規定に該当する場合 面接授業の受講証明書等 上記、支払状況等については、添付書類で確認しました。			
上記のとおり、休業したことを証明します。 公立学校共済組合神奈川支部長 様 〇 年 〇 月 〇 日 所属所長 神奈川 太郎 神奈川県立〇〇高等学校 神奈川 太郎				

公立学校共済組合運営規則第24条

法第70条第5号の規定による事由及び期間は、次の各号に掲げる事由及び期間（当該各号に掲げる期間内においてその欠勤した期間）とする。

- 組合員の配偶者（届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。）又は一親等の親族（子の配偶者を除く。）で被扶養者でないものの病気又は負傷 14日
- 組合員が出席する学校教育法（昭和22年法律第26号）第54条第1項又は第84条の規定による通信教育の面接授業 通信教育の面接授業に要する期間

給与報酬支給額証明書

公立学校共済組合神奈川支部長 様

年 月分の給与報酬について、次のとおり証明します。

年 月 日

給与事務担当者もしくは給与支払者
又は所属所長

所属所名
職名
氏名

印

組合員等記号・番号		支給割合	給与の減額の対象となった期間
組合員氏名		_____割支給	年 月 日から
所属所名			年 月 日まで

種別	減額前（本来）の支給額	減額後支給実績（戻入反映後） ※取得月以外の追給戻入額は含めないでください
給料額	円	円
教職調整額（ % ）	円	円
給料の調整額	円	円
教職加算額	円	円
扶養手当	円	円
地域手当（ % ）	円	円
住居手当	円	円
単身赴任手当	円	円
管理職手当	円	円
定時制通信教育手当	円	円
産業教育手当	円	円
義務教育等教員特別手当	円	円
特殊勤務手当	円	円
手当	円	円
合計	円	円

通勤手当（請求期間を含む期間）	年 月 日から 年 月 日まで	円
-----------------	--------------------	---

給料の遡及が行われた場合は速やかに報告してください。
この証明書は、在職中の期間について、給与報酬等が支給された月ごとに作成してください。

<提出先・問合せ先>
〒231-8309 横浜市中区日本大通 7
公立 学校共済組合神奈川支部 給付グループ
電話 (045) 210-8179

(給付様式第10-10-3号)

公立学校共済組合神奈川支部長 様

〇年〇〇月分の給与報酬について、次のとおり証明します。

・欠勤取得月の「減額前の本来支払われる給与」の金額

・欠勤取得月の「減額後に実際支払われる給与」の金額

給与事務担当者もしくは給与支払者
又は所属所長

所属所名 ○○市 ○○○○学校
職名 給与事務担当
氏名 奈 神

種別	減額前（本来）の支給額	減額後支給実績（戻入反映後） ※取得月以外の追給戻入額は含めないでください
給料額	000,000円	000,000円
教職調整額（ 〇 % ）	00,000円	00,000円
給料の調整額	円	円
教職加算額	円	円
扶養手当	円	円
地域手当（ 〇 % ）	00,000円	00,000円
住居手当	円	円
単身赴任手当	円	円
管理職手当	円	円
定時制通信教育手当	円	円
産業教育手当	円	円
義務教育等教員特別手当	0,000円	0,000円
特殊勤務手当	00,000円	00,000円
		円
合計		000円

**欠勤取得月で、欠勤取得日分の実績の金額
（※ある場合のみ、記入してください。）**

通勤手当（請求期間を含む期間）	年 年	月 月	日から 日まで	円
-----------------	--------	--------	------------	---

給料の遡及が行われ
この証拠

欠勤取得日分の金額
(※日割れ計算で算出されていて、ある場合のみ記入してください。)