

休業手当金請求書

				※ 決定額	円						
組合員氏名				所属名							
職員コード				所属コード							
勤務できなかった期間	年 月 日 から			年 月 日 まで							
勤務できなかった理由											
請求期間	年 月 日 から			年 月 日 まで							
請求金額	円										
標準報酬月額	円										
標準報酬月額	円	×	1/22 =	標準報酬日額	円	(10円未満四捨五入)					
標準報酬日額	円	×	5/10 =	給付日額	円	(円未満切捨て)					
給付日額	円	×	支給日数	日 =	給付額	円					
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合新潟支部長 様 年 月 日 住所 請求者 氏名 印				請求月	年 月分						
				曜日							
				1	2	3	4	5	6	7	
				8	9	10	11	12	13	14	
				15	16	17	18	19	20	21	
				22	23	24	25	26	27	28	
				29	30	31					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 また、年 月 日 から 年 月 日 まで 出勤しなかった期間に対して、次の金額の給料を支払ったことを証明します。 年 月 日 から 年 月 日 まで 割 円 年 月 日 から 年 月 日 まで 割 円 年 月 日 〒 - TEL ()				支給日数(該当日○印) 日							
				(支給対象日は、土曜日及び日曜日(週休日)を除きます。)							
所属所在地 所属名 所属長職氏名				<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">職印</div>							

(注) 1 2月以上の期間を請求する場合は、1月に1枚請求書を作成してください。
 2 ※決定額欄は記入しないでください。
 3 ※日付は和暦で記入してください。

所属 所受付 印	
----------------	--