休　業　手　当　金　請　求　書

所属所名 電話　（　　）								
氏　名		組合員職名		組合員番号		（枝番）	0	0
勤務できなかった期間				請求期間				
年　月　日から 年　月　日まで				年　月　日から 年　月　日まで				
勤務できなかった理由				短期掛金の基礎となる標準報酬の等級及び月額 等　級　第（　　）級 報酬月額　（　　）円 適用日　（　年　月　日） 特別支援学級調整　（有・無）				
支給日数　日				支給金額　円				

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合東京支部長　殿

年　月　日

請求者　住　所

署　名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。
なお、原本の写しを添付した書類については、原本と相違ないことを確認しています。

年　月　日

所属所長　職　名

氏　名　（公印省略）

事務取扱者氏名

共済組合受付

［注意事項］

1 請求に当たっては、事前に指定された書類を提出してください。

2 「勤務できなかった理由」欄は、具体的に記入してください。

3 休業手当金を請求する場合は、必ず事前に短期給付担当へご連絡ください。

提出先　公立学校共済組合東京支部給付貸付課短期給付担当

（令和8年1月）

●太線枠内は記入しないでください