【共済クラウド対応】

休 業 手 当 金 請 求 書

給付種別	２３０

組合員等記号番号	—	ﾌﾘｶﾞﾅ		所属所名	
		組合員氏名			

組合員生年月日	年 月 日	資格取得年月日	資格喪失年月日（喪失者のみ）
		年 月 日	令和 年 月 日

請求期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日			
短期標準報酬月額	第 級 円	出産手当金請求金額	円	※支給日数 日	※決定金額 円
勤務できなかった期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日			

勤務できなかった理由

勤務できなかった理由に該当するものに□印を付してください。

1. 被扶養者の病気･負傷　2. 配偶者の出産　3. 組合員被扶養者の不慮の災害　4. 組合員の婚姻
5. 配偶者の出産　6. 二親等内血族、一親等の姻族、その他被扶養者の婚姻・葬祭　7. その他

勤務できなかった理由について具体的に記入してください。

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。

令和 年 月 日

証明者　職名

氏名

上記のとおり請求します。

□公金受取口座を利用する。
（共済組合に届出の給付金等受取口座と同じときはチェック不要です。）

青森県市町村職員共済組合理事長　様

令和 年 月 日

請求者　住所

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

所属所長　職名

氏名

（注）1 裏面に所属所長又は給与事務担当者の証明を受けたうえ、組合に提出してください。
なお、報酬の支払いがある場合は、報酬支給額証明書を添付してください。
2 ※欄は、記入しないでください。

（裏面）

令和　　年　　月　　日 から 令和　　年　　月　　日 まで
出勤しなかった期間に対して、次の金額の報酬を支払ったことを証明する。

		（支給割合）	（支給実績）
令和　年　月　日 令和　年　月　日	間	割	円
令和　年　月　日 令和　年　月　日	間	割	円
令和　年　月　日 令和　年　月　日	間	割	円
令和　年　月　日 令和　年　月　日	間	割	円

今回欠勤日数
（勤務できなかった日に □ 印を付してください。）

令和　　年　　月分

曜日	1	8	15	22	29
	2	9	16	23	30
	3	10	17	24	31
	4	11	18	25	
	5	12	19	26	
	6	13	20	27	
	7	14	21	28	

上記のとおり証明します。

令和　　年　　月　　日

所属所長又は給与事務担当者　職　名
　　氏　名

※共済組合使用欄

※報酬との調整

(1)　平均標準報酬月額 ／ 平均標準報酬日額(10円未満四捨五入)　円 × 1/22 × 支給割合 50/100 ＝ 給付日額（1円未満四捨五入）　円 ・・・（A）

(2)　（A）　円 × 支給対象日数　日 ＝ 支給額　円 ・・・（B）

(3)　（B）　円 － 控除額　円 ＝ 支給決定額　円

支給開始日	前回支給分	今回支給分
令和　年　月　日 分から	令和　年　月　日 分まで	令和　年　月　日 分まで