課　長	係　長	係員

伺　下記のとおり支給してよろしいか。

休業手当金請求書（230）

入力	

下記のとおり請求します。
茨城県市町村職員共済組合理事長　様

請及び求期間金額	年　月　日から 年　月　日まで 円	決定金額	円

請求日	年　月　日	所属所	
組合員等記号番号	－		
組合員氏名		取得年月日	年　月　日
		喪失年月日	年　月　日
		短期標準報酬月額	円…A

勤務できなかった期間	該当する項目を○で囲んでください。			左記の①又は②に該当する場合の記入欄
年　月　日から 年　月　日まで	①出産手当金を受給している。	②傷病手当金を受給している。	③どちらも受給していない。	受給開始日 年　月　日から

勤務できなかった理由	（具体的に詳しく書いてください。）	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。 年　月　日 所属所長　職　名 氏　名

〔給与支払に関する証明〕

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する。

年　月　日
年　月　日　間　割　円

年　月　日
年　月　日　間　割　円

年　月　日
年　月　日　間　0　割　0 円

年　月　日
（給与事務担当者）
職　名
氏　名

今回請求分
（該当日に○印を付する）
年　月分
請求回数　回目

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				

（支給額の計算）

A　円　×　$\frac{1}{22}$　＝　短期標準報酬日額（10円未満四捨五入）　円 …　B

B　円　×　$\frac{5}{10}$　＝　支給日数（1円未満四捨五入）　円 …　C

C　×　支給日数　日　＝　給付額　円 …　D

D　－　控除額　円　＝　給付決定額　円

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。
年　月　日
所属所長　職　名
氏　名

支給開始日	年　月　日から
前回支給分	年　月　日まで
今回支給分	年　月　日まで

1. 太線の中を記入してください。
2. 所属所の長及び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。
3. 給与支払に関する証明は、勤務できなくなった最初の日から今回請求分までを証明してください。
4. 請求書は1月につき1枚ずつ作成してください。

受付印