

休業手当金 請求書

神戸市職員共済組合

組合員（請求者）が記入するところ	組合員証の記号・番号	記号	所属	電話	
	標準報酬月額	等級	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 日間			
	勤務できなかった理由 (いずれかの番号に○をつけてください。)	※地方公務員等共済組合法第70条			
		欠勤理由		支給対象期間	
		1号	被扶養者の病気又は負傷	欠勤した全期間	
		2号	配偶者（内縁含む）の出産	14日以内の欠勤した期間	
		3号	組合員の公務によらない不慮の災害又は被扶養者の不慮の災害	5日以内の欠勤した期間	
		4号	組合員の結婚、配偶者（内縁含む）の死亡又は被扶養者などの結婚や葬祭	7日以内の欠勤した期間	
	5号	被扶養者ではない配偶者（内縁含む）、子、父母の病気又は負傷			
上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 神戸市職員共済組合理事長 宛 住所 組合員（請求者）の 氏名 [自宅・携帯] 電話 () -					

《提出にあたっての注意事項》

- 1 下記の添付書類を添えて提出してください。
- 2 「休暇」(子の看護休暇・短期の介護休暇)は対象外です。
- 3 給付金は共済組合に登録済みの組合員名義の口座に振り込みます。登録口座を変更したい場合は「給付金振込口座届」(様式3-11)をあわせて提出してください。
組合員名義以外の口座への振り込みを希望する場合は、「給付金受取に関する委任状」(様式3-17)をあわせて提出してください。

《添付書類》

請求期間における出勤状況及び給与の支払状況が確認できる書類	① 給料支給状況等証明書（共済組合へお尋ねください） ② 請求期間が含まれる月の出勤簿 ③ 請求期間が含まれる月の給与明細の写し （別途精算等がなされている場合は、その明細も添付してください。） ④ 事実を証明する書類 （欠勤申請のわかるもの、医師の診断書または医療機関を受診した時の領収書・診療明細書、（被扶養者でない場合）続柄のわかるもの等）
-------------------------------	--

共済組合受付印

共 済 組 合 事 務 処 理 欄		
事務局長	医療係長	係
伺		
下記のとおり決定する。 令和 年 月 日		
支給期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日(うち 日間)		
支給額 円(調整額 円)		
内 訳		