

## 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<br>1                                  | 所 属          | 〇〇局〇〇課      |
|  | 番号                                 | 123456                                   |              | 電話 〇〇〇—〇〇〇〇 |
|  | 標準報酬月額                             | 〇〇 等級                                    | 〇〇〇, 〇〇〇 円   |             |
|  | 勤務できなかった期間                         | 令和 3 年 10 月 1 日から 令和 3 年 10 月 8 日まで 6 日間 |              |             |
|  | 勤務できなかった理由<br>(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<br>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<br>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）、<br>子、父母の病気又は負傷  |  |              |             |
| 上記のとおり請求します。 令和 3 年 10 月 15 日<br>神戸市職員共済組合理事長 宛<br>住所 神戸市中央区加納町6丁目5-1<br>組合員（請求者）の氏名 共 済 花 子<br>[自宅・携帯] 電話 ( 090 ) 〇〇〇〇—〇〇〇〇 |                                    |  |              |             |

## 《提出にあたっての注意事項》

- 下記の添付書類を添えて提出してください。
- 「休暇」（子の看護休暇・短期の介護休暇）は対象外です。
- 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）<br>② 請求期間が含まれる月の出勤簿<br>③ 請求期間が含まれる月の給与明細の写し<br>（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。）<br>④ 事実を証明する書類<br>（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                             |      |   |
|                                 |      |   |
|                                 |      |   |