

所属所受付印

共済組合受付印

給付種別

230

休業手当金請求書

令和 年 月分

組合員等記号番号又は個人番号	組合員氏名	所属機関の名称
資格取得日	標準報酬月額	請求金額
勤務できなかった期間	勤務できなかった理由	
休業手当金の請求期間		
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します。 令和 年 月 日 職名 所属所長 氏名	
上記のとおり請求します。 岡山県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日	住所 請求者 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	職名 所属所長 氏名	

(2024.12改訂)

【添付するもの】

・給与簿の写しに原本証明したもの又は報酬支給額証明書

以下は、共済組合使用欄につき、記入不要です。

局長	課長	課長補佐	係長	係	決定年月日

支給年月
令和 年 月

支給日数
日

決定額
円