

共済組合の給付が終了した無給休職者に12か月を限度に支給する

様式第6号

専務理事	常務理事	事務局長	部長	係長	係	査定額 ¥	給付番号

休職者給付金請求書

所属番号	7	6	5	4	3	2	職員番号	2	3	4	5	6	7	傷病名	〇〇〇
所属名	鹿児島市立互助小学校						職・氏名	教諭・互助太郎							
給料月額	2級 149号 439,040円						傷病手当金附加金支給終了の日の翌日	〇〇年 8月 1日							
無給休職発令期間	〇〇年 8月31日から 〇〇年 7月31日まで						請求期間	〇〇年 8月 1日から 〇〇年 8月31日まで							

上記のとおりですから、一般財団法人鹿児島県教職員互助組合給付規程第3条の8の規定による休職者給付金を請求します。

〇〇年 9月 1日

所属名 鹿児島市立互助小学校

組合員氏名 互助太郎

住所 〒(890 - 8566)

鹿児島市互助町2-2

一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿

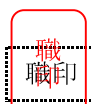
裏面の照明欄に基づき記入すること

上記のとおり相違ないこと、及び請求期間において、公立学校共済組合から傷病手当金附加金が支給されなかったことを証明します。

〇〇年 9月 1日

所属長名 鹿児島 一郎

資金前渡職員名 県事協 桜子



互助組合受付印

※
共
済
組
合
証
明
欄

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

公立学校共済組合鹿児島支部

支部長名



一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿

月別に作成し、請求してください。

※欄は記入しないでください。

※ 給付額算出方法 $\text{給料月額} \times \text{割合} \times 22\text{分の}1 = \text{給付額}$ $\text{給付日額} \times \text{支給日数} = \text{給付額}$ $\text{給付額} - \text{控除額} = \text{支払給付額}$		支給日数（該当日に○印） （ 8 ）月分（ 23 ）日					
		水曜日	1	8	15	22	29
		木曜日	2	9	16	23	30
		金曜日	3	10	17	24	31
		土曜日	4	11	18	25	
		日曜日	5	12	19	26	
		月曜日	6	13	20	27	
		火曜日	7	14	21	28	
※ 支給開始日		※ 前回支給分		※ 今回支給分			
年 月 日 から		年 月 日 まで		年 月 日 まで			

※欄は記入しないでください。