

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						職員番号			傷病名
所属名					職・氏名	.			
発病年月日	年 月 日				傷病手当金等支給停止の翌日			年 月 日	
無給休職発令期間	年 月 日から		年 月 日まで		請求期間	年 月 日から		請求金額	※ 円
入院期間	年 月 日から		年 月 日まで		被扶養者を有していた期間			年 月 日から	
								年 月 日まで	
給料月額	級 号 円				発令年月日			年 月 日	
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所 属 名</p> <p style="text-align: center;">組 合 員 氏 名 (印)</p> <p style="text-align: center;">住 所 〒 (-)</p> <p>一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿</p>									
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>所 属 長 名 (職印)</p> <p>資 金 前 渡 職 員 名 (印)</p>							互助組合受付印		

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。

年 月 日から 年 月 日まで出勤しなかった期間に対して、
 公立学校共済組合鹿児島支部から傷病手当金及び傷病手当金附加金が 年 月 日
 から支給されなかったことを証明する。

なお、支給期間内の支給割合は 割である。

年 月 日

所 属 長 名

職印

資 金 前 渡 職 員 名

印

※ 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

職印

一般財団法人鹿児島県教職員互助組合理事長 殿

※ 給付額算出方法

給料月額 割 合 給 付 額
 () × () × 22分の1 = ()
 給付日額

() × () = ()

給付額 控除額 支払給付額
 () - () = ()

支給日数 (該当日に○印)

() 月分 () 日

曜日	1	8	15	22	29
曜日	2	9	16	23	30
曜日	3	10	17	24	31
曜日	4	11	18	25	
曜日	5	12	19	26	
曜日	6	13	20	27	
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。