

休業給付申請書

西暦 年 月 日

共済会理事長 殿

- ご案内
1. 給付の要件を具備した日から6ヶ月を経過すると、その権利は消滅しますので注意して下さい。
 2. **種別毎に申請して下さい。(MAX申請不可)**

会社団体名			
勤務箇所名	TEL ()-()-()		
申請者氏名	印	氏名フリガナ	
社員番号 (カード付コード)		会員期間	年 月
申請者住所	〒 _____ TEL ()-()-()		
退職年月日	西暦 年 月 日	復職年月日	西暦 年 月 日

私は、下記の休業給付の事項に該当しますので、これを証明する書類を添付して給付金の支給を申請します。

- 記 -

申請者記載欄	参 考	事務局使用欄		
(該当する給付金の種別)	種 別	内 容	送金日	金 額
種別番号				
○育児休業開始年月日 西暦 年 月 日 ・給付開始年月日(6か月経過後) 西暦 年 月 日	1 育児休業給付 (限度期間) 休業開始6ヶ月経過 後から1年6ヶ月迄	退職時の基本賃金額 _____ 円 上記の %相当額 _____ 円 退職期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	月 日 月 日 月 日 月 日	円 円 円 円
○雇用保険の介護休業給付 93日受給終了年月日 西暦 年 月 日 ・給付開始年月日(93日経過後) 西暦 年 月 日	2 介護休業給付 (限度期間) 365日から雇用保 険による介護休業 給付受給限度日数 (93日)をひいた日 数	第1回の金額及び支払日 給付金額 _____ 円 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 途中の金額及び支払日 給付金額 _____ 円 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 最終回の金額及び支払日 給付金額 _____ 円 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 給付金額 _____ 円	月 日 月 日 月 日 月 日 月 日 月 日 月 日	円 円 円 円 円 円 円
(給付金受取口座) 申請者名義に限る 銀行 _____ 支店 _____ 当座預金・普通預金 口座番号 _____ 口座名義 _____ フリガナ _____	証明書類 ・会社又は団体発行 の証明書類 ・介護休業給付の場 合は勤務表(毎月) (*コピーで可) (特記事項)			
			合 計	円

休業給付領収書

西暦 年 月 日

共済会理事長殿

上記給付金として 金額 _____ 円 を受領しました。

受領者氏名 _____ 印

事務局 使用欄	整理 番号		局 長 印		会 計 印		記 事	
------------	----------	--	-------------	--	-------------	--	--------	--