勤務を要しない日の届出書

記　号	番　号	フリガナ		所　属　所　名　（　市　町　名　）
		組合員氏名		
給　付　種　別		☐ 傷病手当金 ☐ 休業手当金 ☐ 出産手当金 ☐ 介護休業手当金		
勤　務　体　制		☐ 週休２日制 ☐ その他（　　）		

上記の記載事項は事実と相違ないものと証明する。

平成　　年　　月　　日

給与事務担当者　職　名

氏　名　　印

①この様式は休業給付の第１回請求時に提出してください。
②該当する☐にチェックをしてください。
③勤務体制に異動があれば再提出してください。
④退職した方については、退職しなかったとしたならば適用される請求時の勤務体制を記入してください。