

傷病手当金請求書

給付種別	210		
組合員証記号番号	111 — 123	フリガナ 組合員氏名	所属所名
		共済 太郎	〇〇市
組合員生年月日	昭和〇〇年1月2日	資格取得年月日	資格喪失年月日 (喪失者のみ)
	平成〇〇年4月1日	昭和〇〇年4月1日	平成 年 月 日
請求期間	平成〇〇年4月16日から平成〇〇年4月30日まで		10 日間
短期標準報酬月額	第22級 380,000 円	傷病手当金請求金額	1,640 円
		※支給日数	※決定金額
傷病名	脳梗塞	発病年月日	平成〇〇年12月1日
	勤務できなくなった最初の日		週休を除いた日数 (祝祭日は含む) ※省略可
療養のため休んだ期間	平成〇〇年12月24日から平成〇〇年4月30日まで		90 日間
勤務できないことに関する医師の証明	上記傷病により勤務することは困難である。 請求期間末日と同じ日 住所 〇〇市△△1-2-3 医師氏名 〇〇病院 □□ □□ 印		
介護保険法の適用を受けたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者の名称
障害厚生年金の額	円	支給開始年月日	平成 年 月 日
障害基礎年金の額	円	支給開始年月日	平成 年 月 日
障害手当金の額	円	支給開始年月日	平成 年 月 日
退職老齢年金給付の額	円	支給開始年月日	平成 年 月 日
上記のとおり請求します。 青森県市町村職員共済組合理事長 様 平成〇〇年5月8日 請求者 住所 〇〇市××1-2-3 氏名 共済太郎 印			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成〇〇年5月9日 所属所長 職名 〇〇市長 氏名 〇〇〇〇 印			

- (注) 1 裏面に所属所長又は給与事務担当者の証明を受けたうえ、組合に提出してください。
 なお、報酬の支払いがある場合は、報酬支給額証明書を添付してください。
- 2 療養のため勤務に服することができない期間中に介護保険法の適用を受けたときは、保険者番号等を記入してください。
- 3 「退職老齢年金給付」とは、地方公務員等共済組合法、国家公務員共済組合法、私立学校教職員共済法、農林漁業団体職員共済組合法、厚生年金保険法又は国民年金法による退職又は老齢を給付事由とする年金をいいます。
- 4 ※欄は、記入しないでください。

(裏面)

平成〇〇年4月1日から平成〇〇年4月30日まで
出勤しなかった期間に対して、次の金額の報酬を支払ったことを証明する。

今回支給日数
(該当日に○印を付してください。)

平成〇〇年4月1日 } 間 10 割 141,867 円
平成〇〇年4月15日 }

平成〇〇年 4 月分

平成〇〇年4月16日 } 間 8 割 113,493 円
平成〇〇年4月30日 }

土曜日	1	8	15	22	29
日	2	9	16	23	30
月	3	10	17	24	31
火	4	11	18	25	
水	5	12	19	26	
木	6	13	20	27	
金	7	14	21	28	

平成 年 月 日 } 間 円
平成 年 月 日 }

傷病手当金の請求月に対して支払った報酬額を記載して
証明願います。
なお、支払いがない場合は、0円と記入してください。
報酬の支払いがある場合は、「報酬支給額証明書」も
提出してください。

上記のとおり証明します。

平成〇〇年5月9日

所属所長又は 職名 〇〇
給与事務担当者 氏名 〇〇〇〇

印

※共済組合使用欄

1 報酬との調整

平均標準報酬月額 支給割合 給付日額
(1) 円 × 1/22 × 2/3 = 円・・・(A)
平均標準報酬日額(10円未満四捨五入) (1円未満四捨五入)

(A) 支給対象日数 支給額
(2) 円 × 日 = 円・・・(B)

(B) 控除額 支給決定額
(3) 円 — 円 = 円

2 障害年金等との調整

障害年金等の額 年金等の給付日額
(1) 円 × 1/264 = 円・・・(C)

(A) (C) 支給対象日数 支給決定額
(2) (円 — 円) × 日 = 円

3 障害手当金との調整

支給開始日	前回支給分	今回支給分
平成 年 月 日分から	平成 年 月 日分まで	平成 年 月 日分まで