

傷病手当金請求書

※決定同	課長	係長	係

組合員証記号番号 又は個人番号		組合員氏名 <small>(ふりがな)</small> きょうさい たろう		所属機関名																										
〇〇 - 〇〇〇〇		共済 太郎		〇〇市役所																										
資格取得 年月日	昭和 平成 令和	〇年 〇月 〇日	資格喪失 年月日	令和	年 月 日																									
傷病名	〇〇〇〇		発病年月日	令和	〇年 〇〇月 〇〇日																									
			勤務できなくなった 最初の日	令和	〇年 〇〇月 〇〇日																									
標準報酬の等級及び月額			(級)	〇〇〇, 〇〇〇	円																									
請求期間	令和〇年〇〇月〇〇日 から	請求金額	円																											
	令和〇年〇〇月〇〇日 まで																													
請求している場合、ご記入ください。 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">〇〇〇〇の年金や手当金及び介護保険法の給付を</td> <td>請求している</td> <td>・</td> <td>請求していない</td> </tr> <tr> <td>1 障害厚生年金</td> <td>(級) 円</td> <td>支給開始年月</td> <td>令和</td> <td>年 月</td> </tr> <tr> <td>2 障害基礎年金</td> <td>(級) 〇〇, 〇〇〇 円</td> <td>支給開始年月</td> <td>令和</td> <td>〇年 〇月</td> </tr> <tr> <td>3 退職老齢年金</td> <td>(級) 円</td> <td>支給開始年月</td> <td>令和</td> <td>年 月</td> </tr> <tr> <td>4 障害手当金</td> <td>円</td> <td>支給年月</td> <td>令和</td> <td>年 月</td> </tr> </table>						〇〇〇〇の年金や手当金及び介護保険法の給付を		請求している	・	請求していない	1 障害厚生年金	(級) 円	支給開始年月	令和	年 月	2 障害基礎年金	(級) 〇〇, 〇〇〇 円	支給開始年月	令和	〇年 〇月	3 退職老齢年金	(級) 円	支給開始年月	令和	年 月	4 障害手当金	円	支給年月	令和	年 月
〇〇〇〇の年金や手当金及び介護保険法の給付を		請求している	・	請求していない																										
1 障害厚生年金	(級) 円	支給開始年月	令和	年 月																										
2 障害基礎年金	(級) 〇〇, 〇〇〇 円	支給開始年月	令和	〇年 〇月																										
3 退職老齢年金	(級) 円	支給開始年月	令和	年 月																										
4 障害手当金	円	支給年月	令和	年 月																										
医療機関が記入する欄 ※本人・所属所は記入しない。																														
療養のため 勤務できない ことに関する 医師の意見 及び証明	傷病名	〇〇〇〇	労務不能と 認めた期間	R 〇年 〇月 〇日 から																										
				R 〇年 〇月 〇日 まで																										
……という症状があり、……といった加療中であり、療養のため 労務不能であった。																														
令和〇年〇月〇〇日 医療機関名称(住所) 〇〇〇〇病院 及び医師名 〇〇 〇〇〇																														
上記のとおり請求します。 令和 〇年 〇月 〇〇日 沖縄県市町村職員共済組合理事長 殿 請求者 住所 〇〇〇〇〇〇〇〇〇 氏名 共済 太郎																														
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 〇年 〇月 〇〇日 所属所長 職名 〇〇市長 氏名 〇〇 〇〇〇																														

- 裏面に所属機関の長又は給与担当者の証明を受けて、組合に提出してください。
- 任意継続組合員は、標準報酬月額欄に任意継続掛金の標準となった額を記入してください。
- ※印は共済組合使用欄です。ご記入は不要です。

令和○年 10月 1日から令和○年 10月 31日まで出勤しなかった期間に対して次の金額を支払ったことを証明する。

令和 ○年 10月 1日から	22 日	0 割	0 円
令和 ○年 10月 31日まで			
令和 年 月 日から	日		
令和 年 月 日まで			
令和 年 月 日から	日		
令和 年 月 日まで			

支給日数
土日以外の全ての日数
(祝日含む)。

今回支給日数
(該当日に○印)

令和 ○年 10 月分
(22 日)

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

令和 ○年 ○月 ○日

所属所長又は
給与事務担当者 ○○市長 ○○ ○○○

以下は、共済組合使用欄です。
記入は不要ですので、空欄で
ご提出ください。

標準報酬日額
 $\frac{1}{22} =$ 円 (10円未満四捨五入)

給付日額 (A)
円 $\times \frac{2}{3} =$ 円 (円未満四捨五入)

※
報酬
との
調整

給付日額 (A) 今回支給日数 給付額 (C)
円 \times 日 = 円

(差額支給の場合)

報酬日額 (B)
円 (「報酬支給額証明書」参照)

給付日額 (A) 報酬日額 (B) 差額日額 今回支給日数 給付額 (C')
円 - 円 = 円 \times 日 = 円

※
年金
との
調整

年金額 調整日額
円 $\times \frac{1}{264} =$ 円

調整日額 支給日数 調整額(D)
円 \times 日 = 円

※
決定
額

給付額(C) 調整額(D) 給付決定額
円 - 円 = 円

※ 支給開始日

※ 前回支給分

※ 今回支給分

令和 年 月 日から

令和 年 月 日から
令和 年 月 日まで

令和 年 月 日から
令和 年 月 日まで