

※決定伺	課長	係長	係

傷病手当金請求書

※決定額	円
------	---

組合員証記号番号 又は個人番号	組合員氏名 (ふりがな)	所属機関名
--------------------	-----------------	-------

資格取得 年月日	昭和 平成 年 月 日	資格喪失日	令和 年 月 日
-------------	-------------------	-------	----------

傷病名		発病年月日	令和 年 月 日
		勤務できなくなった最初の日	令和 年 月 日

標準報酬の等級及び月額	(級)	円
-------------	-------	---

請求期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	請求金額	円
------	----------------------------	------	---

○下記1～4まで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

請求している場合	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)	円	支給開始年月	令和 年 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
	介護保険法の給付を受けたとき	保険者名	保険者番号	被保険者番号	

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	労務不能と認められた期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
	令和 年 月 日 医療機関名称(住所) 及び医師名		

上記のとおり請求します。
令和 年 月 日
沖縄県市町村職員共済組合理事長 殿
請求者 住所
氏名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。
令和 年 月 日
所属所長 職名
氏名

- 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 月 日から令和 年 月 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 月 日から	日	割	円
令和 年 月 日まで			
令和 年 月 日から	日	割	円
令和 年 月 日まで			
令和 年 月 日から	日	割	円
令和 年 月 日まで			

令和 年 月 日

所属所長又は
給与事務担当者

今回支給日数
(該当日に○印)

令和 年 月 分
(日)

曜	1	8	15	22	29
曜	2	9	16	23	30
曜	3	10	17	24	31
曜	4	11	18	25	
曜	5	12	19	26	
曜	6	13	20	27	
曜	7	14	21	28	

※
報酬との調整

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

標準報酬日額 給付日額 (A)
円 × $\frac{2}{3}$ = 円 (円未満四捨五入)

給付日額 (A) 今回支給日数 給付額 (C)
円 × 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 × 日 = 円

※
年金との調整

年金額 調整日額
円 × $\frac{1}{264}$ = 円

調整日額 支給日数 調整額 (D)
円 × 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