

傷病手当金請求書

決定伺	課長	課長補佐・主幹	課員

決定額						円
-----	--	--	--	--	--	---

記号	番号	組合員氏名		所属所名		
999	99999	共済 太郎		〇〇市		
資格取得年月日	昭和 平成 令和	60年 4月 1日	標準報酬額	第〇〇級 300,000円		
資格喪失年月日	平成 令和	年 月 日	発病年月日	平成 〇年 8月 8日		
傷病名	脳内出血		勤務できなくなった最初の日	平成 〇年 8月 8日		
請求期間	令和 〇年 11月 6日から 令和 〇年 11月 30日まで		請求金額	154,581円		
〇年金受給又は介護保険法の給付を受けている場合						
障害厚生年金	(級)	円	支給開始年月	平成・令和 年 月		
障害基礎年金	(級)	円	支給開始年月	平成・令和 年 月		
退職老齢年金		円	支給開始年月	平成・令和 年 月		
障害手当金		円	支給年月日	平成・令和 年 月 日		
介護保険法	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	脳内出血		勤務不能と認められた期間	令和 〇年 11月 6日 から 令和 〇年 11月 30日 まで	
	傷病の主状態及び経過概要	脳内出血後遺症のため、寝たきり状態にあり、勤務不能と認める。				
	上記のとおり相違ありません。 〇〇年〇〇月〇〇日 所在地 〇〇市〇〇 医療機関 名称 〇〇病院 医師名 〇〇 〇〇 連絡先(電話番号) ※不明な点等あれば、問い合わせする場合があります。					
上記のとおり請求します。 福岡県市町村職員共済組合理事長 殿 〇〇年 〇〇月 〇〇日 請求者 住所 〇〇市△△1丁目2番3号 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。 〇〇年 〇〇月 〇〇日 所属所長 職名 〇〇市長 氏名 〇〇 〇〇					共済組合受付印	

傷病手当金請求書 2 / 2

(給付額算定書)

記 号 番 号	999 - 99999	氏 名	共 済 太 郎		
給 付 対 象 月	令和 ○ 年 11 月				
標 準 報 酬 月 額 (ア)	300,000 円				
標 準 報 酬 日 額 (イ)	13,640 円		標準報酬月額(ア)÷22 (10円未満四捨五入)		
給 付 日 額 (ウ)	9,093 円		標準報酬日額(イ)×2/3 (端数四捨五入)		
給 付 日 数 (エ)	17 日		※ 勤務を要しない日を除く。		
給 付 額 ①	154,581 円		給付日額(ウ)×給付日数(エ)		
報 酬 の 支 給 状 況	※ 在職中の場合、給付対象月に支払った報酬について証明してください。 ※ 月の途中で支給割合が変更(無給になった場合を含む。)になった場合は、期間を分けて証明してください。				
<input type="checkbox"/> 支給なし <input checked="" type="checkbox"/> 支給あり					
		○年 11月 1 日から	4 日	8 割	38,400 円
		○年 11月 5 日まで			
		○年 11月 6 日から	17 日	0 割	0 円
		○年 11月 30 日まで			
上記のとおり相違ないことを証明する。 ○○年○○月○○日 所属所長又は 給与事務担当者 ○○市長 (職 ・ 氏 名) ○○ ○○					
調 整 額 ②	0 円		支給報酬額の合計		
差 引 支 給 額	154,581 円		給付額①－調整額②		

年金の受給状況		※該当する場合のみ記入してください。	
年 金 額 (オ)	円		支給年金額の合計
年 金 日 額 (カ)	円		年金額(オ)÷264 (端数切捨)
調 整 額 ③	円		年金日額(カ)×給付日数(エ)
差 引 支 給 額	円		給付額①－調整額③

受 給 開 始 日	○年11月6日	→ 最大1年6月	満 了 予 定 日	○年5月5日
-----------	---------	-------------	-----------	--------