

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 |
|-----------|---------|-------------|-----------|--------|