

# 傷病手当金請求書

組合記号		〇〇〇	組合員	共済 太郎		所属	〇〇市	
員証番号		〇〇〇	氏名			機関名		
傷病名	〇〇〇〇		区分	組合員		任意継続組合員		
			資格取得	昭和 平成	〇年 〇月 〇日	平成	年 月 日	
			資格喪失 (退職の翌日)	平成	〇年 〇月 〇日	平成	年 月 日	
発病年月日	昭和 平成		〇年 〇月 〇日	勤務できなくなった最初の日		平成	〇年 〇月 〇日	
老人保健法による医療を受けたとき	市町村番号		受給者番号		発行機関名			
介護保険法による給付を受けたとき	保険者番号		被保険者番号		保険者の名称			
療養のため勤務できないことに関する医師の証明	〇〇〇〇〇〇〇〇のため、〇月1日から〇月31日まで勤務に服することは不可能であった。 平成 〇年 〇月 〇日 住所 〇〇市〇〇町〇〇〇 △△病院 医師 氏名 〇〇 〇〇 (印)							
給料	〇級 〇号給	請求期間	平成 〇年 〇月 1日から 〇月 31日まで	請求金額	〇〇〇〇〇〇 円			
年金又は障害一時金の受給の有無	有 ( ) ※ 受給内容について、下の欄に記入してください。 ・ 無 ・ 請求中							
退職障害 共済年金の額	〇〇〇〇〇〇〇 円		退職・障害共済年金の支給開始年月	平成 〇年 〇月 〇日				
老齢障害 基礎年金の額	〇〇〇〇〇〇〇 円		老齢・障害基礎年金の支給開始年月	平成 〇年 〇月 〇日				
その他の年金又は障害一時金の額	円		その他の年金又は障害一時金の支給年月日	平成 年 月 日				
他の社会保険への加入の有無	有 ( 年 月 日から 保険加入 ) ・ 無 ( )							
上記のとおり請求します。 愛媛県市町村職員共済組合理事長 殿 平成 〇年 〇月 〇日 請求者 住所 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇-〇 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 〇年 〇月 〇日 所属所長 職名 〇〇市長 氏名 〇〇 〇〇 (印)								

- 1 必要事項を記載し、所属所長、所属機関の長又は給与事務担当者の証明を受けたうえ提出して下さい。
- 2 療養のため勤務に服することができない期間中に老人保健法の医療を受けたときは、健康手帳の医療の受給資格を証するページに記載されている市町村番号、受給者番号及び発行機関の名称を記入して下さい。
- 3 介護保険法による給付を受けたときは、被保険者証に記載された保険者番号、被保険者番号及び保険者の名称を記入して下さい。
- 4 組合員・任意継続組合員の資格喪失後に加入している健康保険証の写しを提出して下さい。
- 5 ※印欄は、記入しないで下さい。

## 所属機関の長又は給与事務担当者の証明

平成 〇年 〇月 1日から平成 〇年 〇月 31日まで出勤しなかった期間に対して、次の金額の給料を支払ったことを証明します。

平成 〇年 〇月 1日～平成 〇年 〇月 31日	10割	〇〇〇〇〇〇 円
平成 〇年 〇月 1日～平成 〇年 〇月 31日	8割	〇〇〇〇〇〇 円
平成 〇年 〇月 1日～平成 〇年 〇月 31日	0割	0円
平成 〇年 〇月 〇日		

所属機関の長 職氏名 〇〇市長 〇〇 〇〇  
(証明者) 又は  
給与事務担当者 職氏名 〇〇課〇〇係 〇〇 〇〇 (印)

## ※傷病手当金計算書

1 給料日額	円 × 1 / 22 = 円… (A) (給料月額) (10円未満四捨五入)	今回支給日数(該当日に○印を付ける。)					
		月分					
2 給付日額	(A) × 2 / 3 × 1.25 (特別職は1) = 円… (B) (円未満四捨五入)	曜日	1	8	15	22	29
			2	9	16	23	30
3 給付額	(B) × 日 = 円… (C)		3	10	17	24	31
			4	11	18	25	
4 給料との調整	(C) - 円 = 円… (D) (控除額) (給付決定額)		5	12	19	26	
			6	13	20	27	
5 障害共済年金との調整	円 × 1 / 264 = 円… (E) (障害共済年金等の年額)		7	14	21	28	
			備考				
6 障害一時金との調整	円 - 円 = 円… (G) (傷病手当金決定額) (障害一時金の額) (給付決定額又は繰越調整額)						

※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