

# 傷病手当金請求書

※決定額 円 No.

組合員証	記号 〇〇〇	組合員 氏名 共済 太郎	所属 機関名 〇〇市
傷病名	〇〇〇〇		
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
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	〇〇〇〇の療養のため、平成〇年〇月1日から平成〇年〇月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		
標準報酬月額 (支給開始月以前12月分)	〇年4月 第〇級 〇〇〇〇〇〇 円 〇年9月 第〇級 〇〇〇〇〇〇 円 年月 第 級 円	請求期間	平成 〇年 〇月 1日から 〇〇〇〇〇〇 円 31日まで 金額
年金又は障害手当金等の受給の有無	有 (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		
老齢障害 厚生年金等の額	〇〇〇〇〇〇〇 円	老齢・障害 厚生年金等の支給開始年月	平成 〇年 〇月
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
その他の年金又は障害手当金等の額	円	その他の年金又は障害手当金等の支給年月日	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 (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 住所 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇-〇 請求者 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。 平成 〇年 〇月 〇日 所属所長 職名 〇〇市長 氏名 〇〇 〇〇			

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 報酬とは、給料及び各市町の給与条例等で定められている諸手当(期末・勤勉手当を除く)をいいます。  
6 ※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、次の金額の報酬を支払ったことを証明します。

期間	本来支給額	基本給	扶養手当	住居手当	計	
		円	円	円	円	円
自 平成 〇年 〇月 1日 〇割		320,200	19,500	27,000		366,700
自 平成 〇年 〇月 31日 〇割		0	0	0		0
自 平成 年 月 日 割		円	円	円	円	円
自 平成 年 月 日 割		円	円	円	円	円
自 平成 年 月 日 割		円	円	円	円	円
自 平成 年 月 日 割		円	円	円	円	円

平成 〇年 〇月 〇日

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



## ※傷病手当金計算書

1 平均標準報酬日額	円 × 1 / 22 = 円… (A)	今回支給日数 (該当日に〇印を付ける。)	平成 年 月分
2 給付日額	(A) × 2 / 3 = 円… (B)	曜日	1 8 15 22 29 2 9 16 23 30 3 10 17 24 31 4 11 18 25 5 12 19 26 6 13 20 27 7 14 21 28
3 給付額	(B) × 日 = 円… (C)	備考	
4 障害厚生年金等との調整	円 × 1 / 264 = 円… (D)		
	((B) - (D)) × 日 = 円… (E)		
5 報酬との調整	円 × / 10 = 円… (F)	((F) × 1 / ) + ((G) × 1 / 22) = 円… (H)	
	円 × / 10 = 円… (G)	((B) - (H)) × 日 = 円… (I)	
6 障害手当金等との調整	円 - 円 = 円… (K)		

※支給開始日	※前回支給分	※今回支給分
平成 年 月 日分	平成 年 月 日分	平成 年 月 日分