

傷病手当金請求書

※太枠内は請求者が記入する箇所です

| | | | | | | | | |
|--|-----------------|----------|--------------------|--|---|-----------|--|--|
| 所属機関名 | □□□ | | 組合員氏名 | 共済 太郎 | | 傷病名 | | |
| 組合員証等 | 記号 | 番号 | 生年月日 | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 | ○年○月○日 | ○病 | | |
| | ○○○ | ○○○ | | <input type="checkbox"/> 平成 | | | | |
| 資格取得年月日 | 資格喪失年月日 | 発病日 | | 勤務できなくなった 最初の日 | 請求期間 | | | |
| 平成○年○月○日 | 平成 年 月 日 | 令和○年○月○日 | | 令和○年○月○日 | 令和○年○月○日～31日 | | | |
| 受給している年金の名称 | 支給状況 | 支給額 (年額) | 支給開始月 | | 過去に受給していた傷病手当金 (初回請求時のみ記入) | | | |
| 老齢厚生(退職共済)年金 | 有・無・ 請求中 | 円 | 平成 令和 | 年 月 日 | 過去に同一の傷病名で傷病手当金を 受給していたことが | | | |
| 障害厚生(共済)年金 | 有・無・請求中 | 円 | 平成 令和 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> ある・ <input checked="" type="checkbox"/> ない | | | |
| 障害基礎年金 | 有・無・請求中 | 円 | 平成 令和 | 年 月 日 | 「ある」に該当する場合は、前回の支給 期間を通算して今回の支給期間を決定し ます。(既に期間満了していた場合は、 今回の支給はありません。) | | | |
| 障害手当(一時)金 | 有・無・請求中 | 円 | 平成 令和 | 年 月 日 | | | | |
| 休業補償等について | 受給状況 | | 実施機関の名称 | | 請求金額 | ○○○,○○○ 円 | | |
| | 有・無・請求中 | | | | | | | |
| 介護保険法による 給付を受けている時 | 保険者番号 | 被保険者番号 | 保険者の名称 | | | | | |
| 上記のとおり請求いたします。 | | | | | | | | |
| 奈良県市町村職員共済組合理事長殿 | | | | | | | | |
| 令和○年○月○日 請求者 住所 □□市□□町□□番地 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。 | | | | | | | | |
| 令和○年○月○日 所属所長職名 □□□長 氏名 □□ □□ | | | | | | | | |
| 医師証明欄 | | | | | | | | |
| 氏名 | | | 傷病名 | | | | | |
| 発病又は負傷年月日 | 平成・令和 年 月 日 | | | | | | | |
| 療養の給付を開始した年月日 | 平成・令和 年 月 日 | | | | | | | |
| 発病又は負傷の原因 | | | | | | | | |
| 勤務できないと認めた期間 (月単位でご記入ください) | 令和 年 月 日 から 日まで | | | | | | | |
| 傷病の主状態および 経過概要 (就労不能の旨を必ず 明記してください) | | | | | | | | |
| 上記のとおり証明します。 | 令和 年 月 日 | | 医療機関の所在地 及び電話番号 | | | | | |
| | | | 医療機関の名称 | | | | | |
| | | | 担当医師の氏名 | | () | | | |

所属所の証明欄 (このページは請求者の記入は不要です)

週休日について次のとおり報告します。

| 曜日 (下欄に記入) | | | | | | |
|------------|----|----|-----------------------|----|----|----|
| 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | ○ | ○ |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| | | | | | ○ | ○ |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| | | | | | ○ | ○ |
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| | | | | | ○ | ○ |
| 29 | 30 | 31 | 週休日該当欄に○を 付してください。 | | | |

要勤務日数 23 日

退職発令期間 (至) 令和○年○月○日迄

| 標準報酬月額 | 等級 | 支給開始日の属する月以前の 直近の連続した1年間の標準報酬月額 |
|---------|----|------------------------------------|
| 23 | 円 | 令和○年○月 410000 円 |
| | | 令和○年○月 410000 円 |
| 410,000 | 円 | 令和 年 月 円 |
| | | 令和 年 月 円 |

週休日の割り振りを行っている場合には、その方法及び1週間の勤務時間等の補足説明

報酬支給額にかかる証明欄

| 期間 | ○年○月○日～ 31日迄 | 年 月 日～ 日迄 | 年 月 日～ 日迄 |
|-------------|-----------------|----------------------|--------------|
| 上記期間の支給対象日数 | 23 日 | | |
| 給与支給割合 | 8 割 | | |
| 報酬① | | | |
| 種別 | 本来の支給額 | 支給実績 | 支給実績 |
| 給料 | 320,000円 | 256,160円 | |
| 地域手当 | 10,191円 | 8,152円 | |
| 小計 | 264,312 円 | | |
| 報酬② | | | |
| 種別 | 本来の支給額 | 左の手当に対する 期間内の支給割合 | 支給実績 |
| 扶養手当 | 19,500円 | 80% | 15,600円 |
| 住居手当 | 27,000円 | 80% | 21,600円 |
| 小計 | 37,200 円 | | |
| 合計 (報酬①+②) | 301,512 円 | | |

令和○年○月の勤務しなかった期間について 上記 の報酬を支払いました。

上記の記載事項は、事実と相違ないものと証明します。

令和○年○月○日 所属所長 又は 職名 □□□長
給与事務担当者 氏名 □□ □□