

# 傷病手当金請求書

		決定額		円	
所属機関名		組合員氏名		傷病名	
組合員証 記号番号	記号	番号	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
	資格取得年月日			発病日	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 ~ 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 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 年 月 日	<input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ない	
障害基礎年金	有・無・請求中	円	平成 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 年 月 日		
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	請求金額	円
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 氏名 (印)					
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 氏名 (印)					

※太枠内は請求者が記入する箇所です

## 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 (印)

## 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)						
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。			

休職発令期間 (至)	令和 年 月 日 迄
------------	------------

標準報酬月額	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	
等級 円	令和 年 月 日	円
	令和 年 月 日	円
	令和 年 月 日	円
	令和 年 月 日	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

要勤務日数	日
-------	---

## 報酬支給額にかかる証明欄

期間	年 月 日 ~ 日 迄	年 月 日 ~ 日 迄	年 月 日 ~ 日 迄
上記期間の支給対象日数	日	日	日
給与支給割合	割	割	割
報酬①			
種別	本来の支給額	支給実績	支給実績
小計	円	円	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
			左の手当に対する 期間内の支給割合
			支給実績
小計	円	円	円
合計 (報酬①+②)	円	円	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  
給与事務担当者 氏名 (印)