

傷病手当金請求書

						※ 決定額	円		
組合員証	記号	〇〇〇	組合員	フリガナ	キョウサイ タロウ	性別	生年月日		年齢
	番号	XXXXX		氏名	共済 太郎	男・女	昭和 平成	〇年〇月〇日	〇歳
所属機関	名称	〇〇市役所			組合員の資格を取得した日	昭和 令和	〇年4月1日		
					組合員の資格を喪失した日	令和	年 月 日		
介護保険法による給付を受けたとき					標準報酬月額	26 等級	380,000 円		
保険者番号	被保険者番号	保険者の名称							
〇〇〇	〇〇〇	〇〇市							
傷病名					発病年月日		勤務できなくなった最初の日		
うつ病					令和	△年〇月〇日	令和	△年11月8日	
請求金額				請求期間					
149,072 円				令和 〇年 1 月 8 日 ~ 令和 〇年 1 月 31 日					
支給事由	年金等の名称		受給の有無等	年金額等					
				支給(年)額			支給(開始)年月		
障害	障害厚生(共済)年金		有・無・請求中	580,000 円			令和 △年 12 月		
	障害基礎年金		有・無・請求中	円			令和 年 月		
	障害手当金		有・無・請求中	円			令和 年 月		
老齢	老齢厚生(退職共済)年金		有・無・請求中	円			令和 年 月		
	その他()		有・無・請求中	円			令和 年 月		
医師が証明する欄	傷病名		うつ病						
	傷病の症状及び経過 (療養のため勤務できない旨を具体的に記入してください)		不安・対人恐怖・脅迫障害・不眠が引き続きあり、 労務不能と認めます。						
	労務不能と認めた期間		令和 〇年 1 月 1 日 から 31 日 まで (月単位で記入)						
	上記のとおり証明します。		住所	大分市〇〇町1-2-3					
令和 〇年 2 月 1 日		医療機関名	〇〇精神科クリニック						
		電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇						
		医師氏名	〇〇 〇〇						
上記のとおり請求します。 大分県市町村職員共済組合理事長 様 令和 〇年 2 月 5 日 請求者 住所 大分市〇〇町2-3-4 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 〇年 2 月 8 日 所属所長 職名 〇〇市長 氏名 〇〇 〇〇				

所属 所 証 明 欄	給付対象月（令和 ○ 年 1 月）に支払った報酬について、下記のとおり証明します。				
	期 間	1 日から 7 日まで	8 日から 31 日まで	日から 日まで	
	支給対象日数	5 日	16 日	日	
	給与支給割合	8 割	0 割	割	
	種別	本来の支給額	支給実績	支給実績	
	報酬 ①	給料月額	360,000 円	68,571 円	0 円
		計	360,000 円	68,571 円	0 円
	報酬 ②	扶養手当	40,000 円	7,619 円	0 円
		住居手当	0 円	0 円	0 円
		計	40,000 円	7,619 円	0 円
合 計		76,190 円	0 円	円	
令和 ○ 年 2 月 8 日					
所属機関の長又は給与事務担当者		職名	人事課給与係長		
		氏名	○○ ○○		
給料との調整	標準報酬月額	標準報酬日額	手当金支給対象日に○印を付してください。		
	380,000 円 × 1 / 22 = 17,270 円 (10円未満四捨五入)	17,270 円	曜日	1 月分 16 日	
	標準報酬日額	給付日額	金	1 8 15 22 29	
	17,270 円 × 2 / 3 = 11,513 円 (円未満四捨五入)	11,513 円	土	× × × × ×	
給付日額	支給日数	日	× × × × ×		
11,513 円 × 16 日 = 184,208 円 (円未満四捨五入)	16 日	月	4 11 18 25		
給付額	控除額	火	5 12 19 26		
184,208 円 - 0 円 = 184,208 円	0 円	水	6 13 20 27		
		木	7 14 21 28		
年金との調整	年金等の額	支給事由発生時の給付日額 B	※ 支給開始日		
	580,000 円 × 1 / 264 = 2,196 円 (円未満切捨て) … A	停止日数	令和	年 月 日から	
	給付日額 A	支給日数	※ 前回支給分		
	(11,513 円 - 2,196 円) × 16 日 = 149,072 円	支給再開日における給付額	令和	年 月 日まで	
		※ 今回支給分			
障害手当金との調整	障害手当金の額	支給事由発生時の給付日額 B	令和		
	円 ÷ 円 = 日 (小数点以下切上げ) C	停止日数	年 月 日まで		
	支給再開日 令和 年 月 日	障害手当金の額	※ 今回支給分		
	(土日曜日を除いて停止日数を経過した日)	支給再開日における給付額	令和	年 月 日まで	
B × C	円 - 円 = 円				

月の初日から末日までの報酬を記載してください。

1. 医師の証明は、手当金の請求期間が経過した後に取得してください。
2. 退職者は、現職時の資格取得・喪失年月日を記入し、退職時の標準報酬月額を記入してください。
3. 退職・高齢・障害を給付事由とする年金を受給している場合は、年金証書(写)又は年金支給通知書(写)を添付してください。
4. 初回請求時は「報酬支給証明書」を添付してください。
5. ※印の欄は記入しないでください。