

傷病手当金請求書

過去に同一傷病で、傷病手当金を受け取っていたことがある場合は、「ある」にチェックを入れてください。「ある」に当てはまる場合は、傷病手当金の支給が出来ない場合があります。

所属機関名	□ □ □	組合員氏名	共済 太郎		傷病名	〇〇病			
組合員証 記号番号	記号	番号	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	〇年〇月〇日	〇〇病			
	〇〇〇	〇〇〇〇		<input type="checkbox"/> 平成				<input type="checkbox"/> 令和	
資格取得年月日	令和 〇年 4月 1日	資格喪失年月日	令和 年 月 日	発病日	令和 元年 5月 1日	勤務できなくなった 最初の日	令和 元年 5月 1日	請求期間	令和 元年 8月 1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 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"/> 有 ・ <input checked="" 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	〇〇〇, 〇〇〇 円
-----------------------	-------	--------	--------	------	------------

年金の支給状況を○で囲み、受給している年金の支給年金額合算額を、支給額欄にご記入ください。

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 元年 9月 1日
請求者 住 所 奈良県〇〇市 〇〇町 〇番地〇
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。
令和 元年 9月 2日
所属所長 職 名 □ □ □ 長
氏 名 △ △ △ △ (印)

医師証明欄		就労不可能である旨を明記してください。	
氏 名	共済 太郎	傷病名	〇〇病
発病又は負傷年月日	平成・令和 元年 5月 1日		
療養の給付を開始した年月日	平成・令和 元年 5月 1日		
発病又は負傷の原因	不詳		
勤務できないと認めた期間 (月単位でご記入ください)	令和元年 8月 1日 から 31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)	体調不良(咳及び高熱等)を訴え、来院。精密検査の結果、〇〇病と診断。 経過は不良であり、予後についても現時点では不明瞭である。 症状重く、就労は不可能のため、休職が必要と診断。		

上記のとおり証明します。
令和 元年 9月 1日
医療機関の所在地 奈良県〇〇市〇〇町〇丁目〇
及び電話番号 ××××-××-××××
医療機関の名称 〇〇病院
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)						
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				
要勤務日数		23 日				

請求月の曜日を記入し、週休日に○を付けてください。

週休日該当欄に○を付けてください。

休職発令期間 (至)	令和 元年 11月 30日 迄
------------	-----------------

※既に休職発令の写しを提出済みの期間について、期間重複のため提出を省略する場合は休職発令期間(至)をご記入ください。

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		
23 円	等級	平成 31月 3日	410,000 円
		平成 30月 9日	470,000 円
410,000 円		令和 月 日	円
		令和 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

報酬支給額にかかる証明欄

期間	元年 8月 1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	日	日			
給与支給割合	8 割	割	割			
報酬①	支給実績	支給実績	支給実績			
種別	本来の支給額					
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	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	左の手当に対する 期間内の支給割合	支給実績
種別	本来の支給額					
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					

給付日額 > 報酬日額 の場合
10割の病気休暇期間中や8割休職中でも支給が始まります

令和 元年 8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 元年 9月 2日
所属所長 又は 職名 □ □ □ 長
給与事務担当者 氏名 △ △ △ △ (印)