傷病手当金請求書

給付種別	210

組合員等記号番号	―	ﾌﾘｶﾞﾅ 組合員氏名		所属所名	
資格取得年月日		資格喪失年月日		傷病発生事由は第三者行為または公務によるものですか	□ はい □いいえ
年　月　日		令和　年　月　日			

勤務できないことに関する医師の証明	傷病名		発病又は負傷年月日	年　月　日
	労務不能と認めた期間	令和　年　月　日から令和　年　月　日まで	□ 入院 □ 自宅療養 □ 通院 □ その他	
	労務不能期間中における症状・経過、及び労務不能と認められた医学的所見とその判断（※詳細に記入願います。）			
	上記のとおり相違ありません。 令和　年　月　日	住所（所在地） 医療機関名 医師の氏名 電話番号　－　－		

請求期間	令和　年　月　日から令和　年　月　日まで					日
短期標準報酬月額	第　級　円	傷病手当金請求金額	円	※支給日数	※決定金額	
				日	円	
療養のため休んだ期間	年　月　日から令和　年　月　日まで					日

介護保険法の適用を受けたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者の名称

障害厚生年金	□ 手続き中	支給年金額	円	支給開始年月日	年　月　日
障害基礎年金	□ 手続き中	支給年金額	円	支給開始年月日	年　月　日
障害手当金	□ 手続き中	支給額	円	支給年月日	年　月　日
退職老齢年金給付の額	□ 手続き中	支給年金額	円	支給開始年月日	年　月　日

上記のとおり請求します。

□公金受取口座を利用する。
（共済組合に届出の給付金等受取口座と同じときはチェック不要です。）

青森県市町村職員共済組合理事長　様

令和　年　月　日

請求者　住所
氏名
電話番号　－　－

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

（注）1 裏面に所属所長又は給与事務担当者の証明を受けたうえ、組合に提出してください。
なお、報酬の支払いがある場合は、報酬支給額証明書を添付してください。
2 療養のため勤務に服することができない期間中に介護保険法の適用を受けたときは、保険者番号等を記入してください。
3 「退職老齢年金給付」とは、地方公務員等共済組合法、国家公務員共済組合法、私立学校教職員共済法、農林漁業団体職員共済組合法、厚生年金保険法又は国民年金法による退職又は老齢を給付事由とする年金をいいます。
4 ※欄は、記入しないでください。

（裏面）

令和　　年　　月　　日 から 令和　　年　　月　　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する。

	（支給割合）	（支給実績）
令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日	間　割	円
令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日	間　割	円
令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日	間　割	円
令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日	間　割	円

今回支給日数
（報酬支給対象日に □ 印を付してください。）

令和　　年　　月分

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	

上記のとおり証明します。
令和　　年　　月　　日

所属所長又は給与事務担当者　職　名
氏　名

※共済組合使用欄

1　報酬との調整

(1)　平均標準報酬月額 円 × 1/22 ／ 平均標準報酬日額(10円未満四捨五入) × 支給割合 2/3 ＝ 給付日額 円 ／ (1円未満四捨五入) ・・・（A）

(2)　（A） 円 × 支給対象日数 日 ＝ 支 給 額 円 ・・・（B）

(3)　（B） 円 － 控 除 額 円 ＝ 支給決定額 円

2　障害年金等との調整

(1)　障害年金等の額 円 × １／２６４ ＝ 年金等の給付日額 円 ／ (1円未満切り捨て) ・・・（C）

(2)（（A） 円 － （C） 円 ）× 支給対象日数 日 ＝ 支給決定額 円

3　障害手当金との調整

支　給　開　始　日	前　回　支　給　分	今　回　支　給　分
令和　年　月　日 分から	令和　年　月　日 分まで	令和　年　月　日 分まで