傷病手当金請求書

※決定額　　円　No.

組合員等	記号	○○○	組合員氏名	共済　太郎	所属機関名（所在地） ○○市
	番号	○○○	生年月日	昭和・平成　○年○月○日	
資格取得年月日	昭和・平成・令和　○年○月○日		資格喪失年月日（退職の翌日）	令和　○年○月○日	

療養のため勤務できないことに関する医師の証明

傷病名	腰椎椎間板ヘルニア	発病年月日	平成・令和　○年12月17日

上記傷病による療養のため就労不能と認めた期間
令和　○年12月17日から
令和　○年3月31日まで

就労不能と認めた症状及び経過状況について
上記傷病に対し、椎間板摘出術を施行。術後入院加療のため勤務に服することは不可能であった。

上記のとおり証明します。
令和　○年○月○日

住所　○○市○○町○○○
医療機関名称　△△病院
担当医師氏名　○○　○○

標準報酬月額（支給開始月以前12月分）	請求期間	請求金額
令和　○年4月　第○級○○○○○○円 令和　○年9月　第○級○○○○○○円	令和　○年3月16日から31日まで	○○○○○○円

勤務できなくなった最初の日　平成・令和　○年12月16日

年金等の受給状況

上記傷病の原因は、公務又は通勤災害によるものですか	はい・請求中・いいえ		
年金を受給していますか ※「はい」の場合は該当欄に受給内容を記入し、年金額等が確認できる書類を添付ください。「請求中」の場合は該当欄に「請求中」と記入ください。	はい・請求中・いいえ		
障害厚生（共済）年金の額	○○○○○○○円	支給開始年月	平成・令和　○年○月
障害基礎年金の額	○○○○○○○円	支給開始年月	平成・令和　○年○月
老齢厚生（退職共済）年金の額	円	支給開始年月	平成・令和　年　月
老齢基礎年金の額	円	支給開始年月	平成・令和　年　月
その他の年金又は障害手当金等の額	円	支給年月日	平成・令和　年　月　日

介護保険法による給付を受けたとき ※該当する欄に被保険者証に記載されている内容を記入ください。

保険者番号	被保険者番号	保険者の名称

退職後の状況

就労状況	就労している（令和　年　月）・就労予定（令和　年　月）・就労していない
健康保険の加入状況 ※資格確認書等の写しを添付してください。	共済組合任意継続組合員・国民健康保険・その他（　）

上記のとおり請求します。

愛媛県市町村職員共済組合理事長　様

令和　○年○月○日

請求者　住所　○○市○○町○○丁目○－○
氏名　共済　太郎

上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。

令和　○年○月○日

所属機関の長　職名　○○市長
氏名　○○　○○

1　必要事項を記入し、所属機関の長を経由して共済組合に提出してください。※ 印欄は、記入しないでください。
2　傷病手当金の支給期間において、報酬の全部又は一部が支給されている場合及び年金等を受給又は請求している場合は、傷病手当金との調整があります。また、遡って年金等の額に改定があったことにより傷病手当金の過支給が生じた場合は、返還の依頼を行います。

所属機関の長又は給与事務担当者の証明

令和　○年12月1日から令和　○年3月31日までの期間に対して、
次の金額の報酬を支払ったことを証明します。

期間 ＼ 本来支給額	基本給	扶養手当	住居手当	通勤手当		計
	320,200円	19,500円	27,000円	2,000円	円	368,700円
自 令和○年12月1日 至 31日　10割	320,200円	19,500円	27,000円	2,000円	円	368,700円
自 令和○年1月1日 至 31日　10割	320,200円	19,500円	27,000円	0円	円	366,700円
自 令和○年2月1日 至 29日　10割	320,200円	19,500円	27,000円	0円	円	366,700円
自 令和○年3月1日 至 15日　10割	153,139円	9,326円	12,913円	0円	円	175,378円
自 令和○年3月16日 至 31日　0割	0円	0円	0円	0円	円	0円

備考
① 基本給の区分：月額（　320,200　円）・日額（　　円）・時給（　2,057　円）
② 勤務条件：月・週（5日、1日7．75時間／月・火・水・木・金・土・日）
※ 1日の勤務時間、要勤務日数、勤務曜日などを記入ください。　その他（　　）
③ その他（基本給、手当の計算方法　など）

通勤手当は該当月に1日でも出勤があれば全額支給する。

令和　○年○月○日

（証明者）所属機関の長又は給与事務担当者　職名　○○課○○係
氏名　○○　○○

※傷病手当金計算書

1　平均標準報酬日額
（　　）円 × 1／22 ＝（　　）円…（A）
（平均標準報酬月額）　（10円未満四捨五入）

2　給付日額
（A）× 2／3 ＝（　　）円…（B）
（円未満四捨五入）

3　給付額
（B）×（　　）日 ＝（　　）円…（C）
（給付日数）

4　障害厚生年金等との調整
（　　）円 × 1／264 ＝（　　）円…（D）
（障害厚生年金等の年額）
（（B）－（D））×（　　）日 ＝（　　）円…（E）
（給付日数）　（給付決定額）

今回支給日数（該当日に○印を付ける。）

曜日	令和　年　月分				
	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	

備考

5　報酬との調整
（　　）円×（　　）／10 ＝（　　）円…（F）
（基本給（地域手当含む））　（支給割合）
（　　）円×（　　）／10 ＝（　　）円…（G）
（その他手当）　（支給割合）

（（F）×1／（　　））＋（（G）×1／22）＝（　　）円…（H）
（勤務を要する日数）　（報酬日額（円未満切捨て））
（（B）－（H））×（　　）日 ＝（　　）円…（I）
（給付日数）　（給付決定額）

6　障害手当金等との調整
（　　）円 －（　　）円 ＝（　　）円 …（K）
（傷病手当金決定額）　（障害手当金等の額）　（給付決定額又は繰越調整額）

※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