

傷病手当金
傷病手当金附加金
等請求書 (210)

保健課長	保健課長補佐	保健係長	合	議主	任

※決定額	休業給付	付加給付
------	------	------

組 員 氏 名 所 属 機 関

共済 太郎 ○○市

標準報酬の等級、月額を記入してください。

9 9999

△△ 等級

生年月日 昭和 〇年 〇月 〇日 令和 〇年 4月 1日

資格取得 昭和 〇年 〇月 〇日 令和 〇年 25年 4月 1日

資格喪失 令和 〇年 〇月 〇日

請求期間 令和 〇年 5月 1日 ~ 令和 〇年 5月 31日

請求金額

給付開始日 令和 〇年 5月 1日 給付日数 (休業) 23日

傷病名 ○○病

※病類コード

付加給付開始日 令和 〇年 〇月 〇日 給付日数 (付加) 〇日

勤務できなくなった最初の日 令和 〇年 〇月 〇日

※年金調整額

休職期間 令和 〇年 5月 1日 ~ 令和 〇年 5月 31日

※調整額

年金(障害手当金を含む)の受給状況について

退職老齢年金給付の額	円	支給開始日	令和 〇年 〇月 〇日	請求手続中	受給無
障害厚生年金の額	円	支給開始日	令和 〇年 〇月 〇日	請求手続中	受給無
国民年金法による障害基礎年金の額	円	支給開始日	令和 〇年 〇月 〇日		無
障害手当金の額	円	支給開始日	令和 〇年 〇月 〇日		無
介護保険法による給付を受けたとき	保 険 者 番 号				無 称

令和 〇年 5月 1日 ~ 令和 〇年 5月 31日

傷病により療養を要し、勤務できないことを証明します。

令和 〇年 6月 1日

療養のため勤務できないことに関する医師の証明

病院名 共済病院

住所 千葉県中央区中央港1-13-3

氏名 ○○ ○○

医師 〇〇 ○〇

医師の証明欄 入院・外来の○は必ず付けて証明をしてもらうようにしてください。

証明印が必要です。

*請求書上記の請求期間及び傷病名により、療養のため1日を単位として現に勤務できない期間について証明をお願いします。また、入院・外来について必ず○を付してください。入院と外来が混在する場合、いずれにも○を付してください。

上記のとおり請求します。

千葉県市町村職員共済組合理事長 様

令和 〇年 6月 2日

住所 〒260-8502 千葉県中央区中央港1-13-3

請求者 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 6月 3日

職名 ○○市 長

所属所長 氏名 ○○○○

1月ごとに請求してください。

・初めての請求時には、勤務できなくなった日から全ての報酬を記入してください。

・2回目以降の請求時には請求期間中に支給された報酬を記入してください。

・報酬明細として「報酬支給額明細書」を添付してください。 ※0円の場合には、「報酬支給額明細書」の添付は不要です。



1 医師及び所属機関の長又は給与事務担当者の証明を受けてください。また、請求は暦月1カ月単位をお願いします。 888 (202504)

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による給付を受けたときは、同法の規定による被保険者証に記載されている保険者番号、被保険者番号及び保険者の名称を記入してください。

3 ※印欄は記入しないでください。

4 用紙サイズはA3です。用紙を分割、両面印刷、用紙サイズの変更、裏紙等を使用するの請求はしないでください。

報酬支払の証明欄

令和 〇年 5月 1日 から 令和 〇年 5月 31日まで勤務しなかった期間に対して

次の金額を支払ったことを証明する。

令和 〇年 5月 1日 ~ 令和 〇年 5月 31日	間 Δ割	ΔΔΔ, ΔΔΔ 円
令和 〇年 〇月 〇日 ~ 令和 〇年 〇月 〇日	間 割	円
令和 〇年 〇月 〇日 ~ 令和 〇年 〇月 〇日	間 割	円
令和 〇年 〇月 〇日 ~ 令和 〇年 〇月 〇日	間 割	円
令和 〇年 6月 3日		(報酬の日数 × 日額)

記入項目が不足する場合には、「報酬支給額証明書」で証明してください。

所属機関の長又は給与事務担当者 職名 ○○市 長 氏名 ○○○○

証明印が必要です。

標準報酬の月額	円 × $\frac{1}{22}$ × $\frac{2}{3}$ =	給付日額	円
給付日額	支給日数	給付額	円
給付額	控除額	給付決定額	円
年金額	年金日額	支給日額	年金調整額
円 × $\frac{1}{264}$ =	円 ×	=	円
給付日額	年金日額	支給日数	給付決定額
(-) ×	=	円	

※障害手当金の調整

退職の際の標準報酬の月額 (A) 円

円 × $\frac{1}{22}$ × $\frac{2}{3}$ = 円

障害手当金の額 (A) (B) 円

円 ÷ 円 = 日 (少数点以下の端数を切り上げ)

支給再開年月日 令和 〇年 〇月 〇日 (退職の日の翌日から、日曜日等を除いて (B) 日数を経過した日)

(A) × (B) 障害手当金の額 支給再開年月日に おける支給額

円 - 円 = 円

今回請求(支給)日数 (今回請求する対象月・曜日を記入し、該当日に○印を付してください)

5 月 分

曜日	水	木	金	土	日	月	火
○	○	○	4	5	○	○	
○	○	○	11	12	○	○	
○	○	○	18	19	○	○	
○	○	○	25	26	○	○	
○	○	○					