

## 傷病手当金請求書

				決定額	※	円	
組合員証 記号番号	555-12345	組合員氏名	共済 太郎			所属 機関名	〇〇市役所
		生年月日	昭和 〇 年 3 月 3 日( 55 歳)				
傷病名	うつ病						
資格取得 年月日	昭和 〇 年 4 月 1 日		資格喪失 年月日	平成 年 月 日			
発病年月日	平成 〇 年 3 月 15 日		勤務できなくな った最初の日	平成 〇 年 9 月 9 日			
給料月額 (掛金の標準と なった給料)	6 級6 号給 420,000 円	請求期間	平成 〇 年 3 月 6 日から 平成 〇 年 3 月 31 日まで		請求金額	286,344 円	
介護保険法による給 付を受けていたとき	保 険 者 番 号	被 保 険 者 番 号		保 険 者 の 名 称			
	12345678	1234-5678		〇〇市			
年金受給 の有無	現在、老齢・退職又は障害による年金の受給を受けていますか [ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ] 受給中・請求中であれば該当の年金にレ印を付し、受給年金額及び支給開始年月等を記入してください。						
	<input type="checkbox"/> 退職共済年金	年金額	円	支給開始年月	平成	年 月	
	<input type="checkbox"/> 老齢厚生年金	年金額	円	支給開始年月	平成	年 月	
	<input type="checkbox"/> 老齢基礎年金	年金額	円	支給開始年月	平成	年 月	
	<input type="checkbox"/> 障害共済年金	年金額	円	支給開始年月	平成	年 月	
	<input type="checkbox"/> 障害基礎年金	年金額	円	支給開始年月	平成	年 月	
	<input type="checkbox"/> 障害一時金	支給額	円	支給年月日	平成	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> その他の年金( )	年金額	円	支給開始年月	平成	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	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	平成 〇 年 3 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。 平成 〇 年 4 月 1 日	医療機関所在地	大分市〇〇町4-5-6				
	医療機関名称	〇〇精神科クリニック					
	医師の氏名	医師 一郎					
	電話番号	097-123-4567					
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 殿							
平成 〇 年 4 月 5 日	請求者	住所	大分市〇〇町1-2-3				
		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。							
平成 〇 年 4 月 7 日	所属所長	職名	〇〇市長				
		氏名	〇〇 〇〇				

平成 ○ 年 3 月 1 日から平成 ○ 年 3 月 31 日まで出勤しなかった期間に対して、次の金額の給料を支払ったことを証明します。

平成 ○ 年 3 月 1 日から	8 割	48,000 円	要勤務日数	3 日
平成 ○ 年 3 月 5 日まで				
平成 ○ 年 3 月 6 日から	0 割	0 円	要勤務日数	18 日
平成 ○ 年 3 月 31 日まで				
平成 年 月 日から	割	円	要勤務日数	日
平成 年 月 日まで				

平成 ○ 年 4 月 6 日

職名 人事課給与係長

所属機関の長又は給与事務担当者

氏名 給料 担当男



傷病手当金の計算式 (組合員種別: 一般職 )

①傷病手当金の給付額

給料 給料日額  
 $420,000 \text{ 円} \times 1/22 = 19,090 \text{ 円}$   
(10円未満四捨五入)

給料日額 給付率 手当率 給付日額  
 $19,090 \text{ 円} \times 2/3 \times 1.25 = 15,908 \text{ 円}$   
(円未満四捨五入)

給付日額 支給日数 給付額  
 $15,908 \text{ 円} \times 18 \text{ 日} = 286,344 \text{ 円}$

②控除額(給料又は年金との調整)

円 × = 円

③給付決定額

①給付額 ②控除額 給付決定額  
 $286,344 \text{ 円} - 0 \text{ 円} = 286,344 \text{ 円}$

手当金支給対象日に○印を付してください。(土日及び全額支給停止日を除く)

請求年月: ○ 年 3 月分

請求日数: 18 日

曜日					
金	<del>1</del>	8	15	22	29
土	<del>2</del>	<del>9</del>	<del>16</del>	<del>23</del>	<del>30</del>
日	<del>3</del>	<del>10</del>	<del>17</del>	<del>24</del>	<del>31</del>
月	<del>4</del>	11	18	25	
火	<del>5</del>	12	19	26	
水	6	13	20	27	
木	7	14	21	28	

※ 支給開始日

※ 前回支給分

※ 今回支給分

平成 年 月 日から

平成 年 月 日まで

平成 年 月 日まで

- (注) 1. ※印の欄は記入しないでください。  
 2. 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。  
 3. 退職者は、資格取得年月日及び資格喪失年月日の欄にはそれぞれ現職時の取得・喪失年月日を記入し、給料月額欄には退職時の掛金の標準となった給料月額を記入してください。  
 4. 退職・老齢・障害を給付事由とする年金を受給している場合は、受給している全ての年金証書(写)又は年金支給通知書(写)を添付してください。  
 5. 退職後に初めて請求するときには、所属所長が発行する「傷病手当金請求に係る休業・給与証明書」を添付してください。