




傷病手当金請求書

						※ 決定額	円	
組合員証	記号	555	組合員	フリガナ	キウサイ タロウ	性別	生年月日	年齢
	番号	12345		氏名	共済 太郎	男・女	昭和 平成	〇年 3月 3日
所属機関	名称	〇〇市役所			組合員の資格を取得した日	昭和 平成	〇年 4月 1日	
					組合員の資格を喪失した日	平成	年 月 日	
介護保険法による給付を受けたとき			標準報酬月額		24 等級	440,000	円	
保険者番号	被保険者番号	保険者の名称						
傷病名				発病年月日	勤務できなくなった最初の日			
うつ病				平成 〇年 〇月 ×日	平成 〇年 〇月 〇日			
請求金額		請求期間						
295,044 円		平成 〇年 3月 1日 ~ 平成 〇年 3月 31日						
支給事由	年金等の名称	受給の有無等	年金額等					
			支給(年)額	支給(開始)年月				
障害	障害厚生(共済)年金	有・無・請求中	円	平成	年	月		
	障害基礎年金	有・無・請求中	円	平成	年	月		
	障害手当金	有・無・請求中	円	平成	年	月		
老齢	老齢厚生(退職共済)年金	有・無・請求中	円	平成	年	月		
	その他()	有・無・請求中	円	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 (療養のため勤務できない旨を具体的に記入してください)	不安・対人恐怖・脅迫障害・不眠が引き続きあり、就労不能と認めます。						
	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。	住所	大分市〇〇町4-5-6					
	平成 〇年 4月 1日	医療機関名	〇〇精神科クリニック					
		電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇					
		医師氏名	医師 一郎			印		
上記のとおり請求します。			上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。					
大分県市町村職員共済組合理事長 様			平成 〇年 4月 〇日					
請求者			所属所長					
住所 大分市〇〇町1-2-3			職名 〇〇市長					
氏名 共済 太郎			氏名 〇〇 〇〇					
印			公印					

所属 所 証 明 欄	平成 ○ 年 3 月の勤務しなかった期間に対して、下記の金額の報酬を支払ったことを証明します。				
	期 間	1 日から 31 日まで	日から	日まで	
	支給対象日数	23	日	日	
	給与支給割合	8	割	割	
	種別	本来の支給額	支給実績	支給実績	
	報酬 ①	給料月額	320,200 円	256,160 円	円
		計	320,200 円	256,160 円	0 円
	報酬 ②	扶養手当	19,500 円	15,600 円	円
		住居手当	27,000 円	21,600 円	円
		計	46,500 円	37,200 円	0 円
合 計			293,360 円	0 円	
平成 ○ 年 4 月 ○ 日					
所属機関の長又は給与事務担当者		職名	人事課給与係長		
		氏名	○○ ○○○		
					
給料 との 調整	標準報酬月額	標準報酬日額	手当金支給対象日に○印を付してください。		
	440,000 円	20,000 円 (10円未満四捨五入)	曜日	3 月分 23 日	
	標準報酬日額	給付日額	火	① ⑧ ⑮ ⑳ ㉑	
	20,000 円	13,333 円 (円未満四捨五入)	水	② ⑨ ⑯ ㉒ ⑳	
	給付日額	支給日数	木	③ ⑩ ⑰ ㉓ ㉔	
13,333 円	23 日	金	④ ⑪ ⑱ ㉕		
給付額	控除額	給付決定額	土	⑤ ⑫ ⑲ ㉖	
306,659 円	11,615 円	295,044 円	日	⑥ ⑬ ⑳ ㉗	
年金 との 調整	年金等の額	給付日額	支給日数	支給決定額	
	円	A	日	円	
	円	0 円	日	0 円	
	円	0 円	日	0 円	
	円	0 円	日	0 円	
障害 手当 金の 調整	障害手当金の額	支給事由発生時の給付日額 B	停止日数	※ 支給開始日	
	円	円	日 (小数点以下切上げ)	平成 年 月 日から	
	支給再開日	※ 前回支給分			
	平成 年 月 日	平成 年 月 日まで			
	(土日曜日を除いて停止日数を経過した日)	※ 今回支給分			
B×C	障害手当金の額	支給再開日における給付額	平成 年 月 日まで		
0 円	0 円	0 円			

1. 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。
2. 退職者は、現職時の資格取得・喪失年月日を記入し、退職時の標準報酬月額を記入してください。
3. 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、年金証書(写)又は年金支給通知書(写)を添付してください。
4. 初回請求時は「報酬支給証明書」を添付してください。
5. ※印の欄は記入しないでください。

報酬支給証明書

記号	番号	組合員氏名	所属所名		
555	12345	共済 太郎	〇〇市役所		
所属所長の証明欄	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日 より引き続き勤務に服していない。				
	平成 ○ 年 × 月 ○ 日 (休職) ・ 退職) を発令した。				
	上記は事実と相違ないことを証明します。 平成 ○ 年 4 月 ○ 日 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 所属所長 職名 ○〇市長 氏名 ○〇 ○〇 </div> <div style="text-align: right;">  </div> </div>				
所属機関の長又は給与事務担当者の証明欄	勤務に服さなかった初日から初回傷病手当金等請求日までの報酬の支給状況				
	期 間	① 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日から 平成 ○ 年 2 月 28 日まで	② 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	③ 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
	支給対象日数	○○ 日	日	日	
	給与支給割合	10 割	割	割	
	種別	本来の支給額	支給実績	支給実績	
	報酬①	給料月額	320,200 円	320,200 円	円
		計	320,200 円	320,200 円	円
	報酬②	扶養手当	19,500 円	19,500 円	円
		住居手当	27,000 円	27,000 円	円
			円	円	円
		計	46,500 円	46,500 円	円
	合 計		366,700 円	円	
	期 間	④ 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	⑤ 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	⑥ 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
	支給対象日数	日	日	日	
	給与支給割合	割	割	割	
種別	本来の支給額	支給実績	支給実績		
報酬①	給料月額	円	円	円	
	計	円	円	円	
報酬②	扶養手当	円	円	円	
	住居手当	円	円	円	
		円	円	円	
	計	円	円	円	
合 計		円	円		
上記は事実と相違ないことを証明します。 平成 ○ 年 4 月 ○ 日 所属機関の長 又は 給与事務担当者 職名 人事課給与係長 氏名 ○〇 ○〇〇					

1. この証明書は勤務不能の初日から初回傷病手当金等請求の前日までの実績を記入してください。
2. 報酬の支給状況は支給率、支給月額ごとに記入してください。
3. この証明書は、初回傷病手当金等請求の際にのみ提出してください。