

|    |     |   |
|----|-----|---|
| 課長 | 保 健 | 係 |
|    |     |   |

## 傷病手当金請求書

|                         |          |       |                  | 支給決定伺              |              |         |       |  |
|-------------------------|----------|-------|------------------|--------------------|--------------|---------|-------|--|
|                         |          |       |                  | 決定額                |              |         |       |  |
| 組合員証記号番号<br>又は個人番号※     | —        |       |                  | 組合員<br>氏 名         | 所 属<br>機 関 名 |         |       |  |
| 資 格 取 得<br>年 月 日        | 年 月 日    |       |                  | 資 格 喪 失<br>年 月 日   | 年 月 日        |         |       |  |
| 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             |              | 保険者名    |       |  |
|                         |          |       |                  |                    |              |         |       |  |
| 退職老齢給付等の額               |          |       | 国民年金法による障害基礎年金の額 |                    |              | 障害手当金の額 |       |  |
| 支給開始年月                  | 年 月      |       | 支給開始年月           | 年 月                |              | 支給年月日   | 年 月 日 |  |
| 金 額                     |          |       | 金 額              |                    |              | 金 額     |       |  |
| 円                       |          |       |                  |                    |              |         |       |  |
| 傷 病 名                   |          |       |                  |                    |              |         |       |  |
| 発病年月日                   |          | 年 月 日 |                  | 勤務できなくなった最初の日      |              | 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  | 令和 年 月 日 |       |                  |                    |              |         |       |  |
|                         |          |       |                  | 住所                 |              |         |       |  |
|                         |          |       |                  | 医師                 |              |         |       |  |
|                         |          |       | 氏名               |                    |              |         |       |  |
| 標準報酬月額                  | 第 級      |       | 請求期間             | 年 月 日から<br>年 月 日まで |              | 請求金額    |       |  |
|                         |          |       |                  |                    |              |         |       |  |
| 円                       |          |       |                  |                    |              |         |       |  |
| 上記のとおり請求します。            |          |       |                  |                    |              |         |       |  |
| 栃木県市町村職員共済組合理事長 様       |          |       |                  |                    |              |         |       |  |
| 令和 年 月 日                |          |       |                  |                    |              |         |       |  |
|                         |          |       | 住所               |                    |              |         |       |  |
|                         |          |       | 請求者              |                    |              |         |       |  |
|                         |          |       | 氏名               |                    |              |         |       |  |
| 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                |          |       |                  |                    |              |         |       |  |
|                         |          |       | 職名               |                    |              |         |       |  |
|                         |          |       | 所属所長             |                    |              |         |       |  |
|                         |          |       | 氏名               |                    |              |         |       |  |

※「個人番号」の記入は、必須ではありません。

添付書類

- ・勤務しなかった期間に支払われた報酬についての所属所長又は給与事務担当者の証明した「報酬支給額証明書」を添付してください。

| 曜日 | 月分 ( 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 |    |

| 曜日 | 月分 ( 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 |    |

報酬との調整

(標準報酬月額) \_\_\_\_\_ 円 × 1 / 22 ≒ (標準報酬日額) \_\_\_\_\_ 円 10円未満四捨五入

(標準報酬日額) \_\_\_\_\_ 円 × 2 / 3 ≒ (給付日額) \_\_\_\_\_ 円 円未満四捨五入

(給付日額) \_\_\_\_\_ 円 × (支給日数) \_\_\_\_\_ 日 = (給付額) \_\_\_\_\_ 円

(給付額) \_\_\_\_\_ 円 - (控除額) \_\_\_\_\_ 円 = 支給決定額 \_\_\_\_\_ 円

年金との調整

(年金等の額) \_\_\_\_\_ 円 × 1 / 264 ≒ \_\_\_\_\_ 円 (A) 円未満切捨て

(給付日額) \_\_\_\_\_ 円 - (A) \_\_\_\_\_ 円 × (支給日数) \_\_\_\_\_ 日 = 支給決定額 \_\_\_\_\_ 円

| 支給開始日   | 前回支給分   | 今回支給分   |
|---------|---------|---------|
| 年 月 日から | 年 月 日まで | 年 月 日まで |