

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

傷病手当金請求書

| | | | | |
|-------|--|--|--|---|
| 支給決定伺 | | | | |
| 決定額 | | | | 円 |

| | | | | | |
|--|----------------|------------------|--------------------|--------------|-------|
| 組合員証記号番号 又は個人番号※ | — | 組合員 氏名 | | 所 属 機 関 名 | |
| 資格取得 年 月 日 | 年 月 日 | 資格喪失 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 | 円 | 金 額 | 円 | 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 年 月 日まで | 請求金額 | 円 |
| <p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">栃木県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 請求者 氏名</p> | | | | | |
| <p>上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職名 所属所長 氏名</p> | | | | | |

※「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 |