課長	保　　健	係

一般組合員の場合は、無給でなくても傷病手当金が支給される場合があります。支給開始日を確認しますので、請求書を提出する前に勤務できなくなった最初の月からの「21報酬支給額証明書」及び「出勤簿の写し」の提出をお願いします。

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※	１２３ － ４５６７	組合員氏名	共済　太郎	所属機関名	○○市役所
資格取得年月日	昭和○○年　４月　１日	資格喪失年月日	令和○年　４月　１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		

公的年金等を受給している場合に記入してください。傷病手当金の支給期間中に遡って公的年金等を受給した場合には、調整額を返還することになります。

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	平成○○年４月	支給年月日	年　月　日
金額	円	金額	○○○○○○○円	金額	円

傷病名	脳梗塞		
発病年月日	平成○○年　○月　○日	勤務できなくなった最初の日	令和　○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○日から令和○年○月○日まで上記傷病のため労務不能。 令和　○年 医師 氏名		

太枠内は医師の記入欄です。全て必須項目です。
必ず労務不能であったこと及びその期間がわかるように記載してください。
労務不能期間が不明な場合は手当金を支給できない場合があります。
注　請求期間を過ぎてから証明を受けてください。

標準報酬月額	第　級　円	請求期間	令和○年１２月　１日から 令和○年１２月３１日まで　円

必ず記入してください。

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　１月　１０日

請求者　住所　○○市○○町４－５－６

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　○年　１月　１０日

所属所長　職名　○　○　市　長

氏名　○　○　○　○

※「個人番号」の記入は、必須ではありません。

初回の請求時には、辞令（ない場合は規則等）の写し及び出勤簿の写しの添付が必要です。

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。

※裏面は記入不要です。

	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）　　（標準報酬日額）

＿＿＿＿＿＿円　×　１／２２　≒　＿＿＿＿＿＿円　10円未満四捨五入

（標準報酬日額）　　（給付日額）

＿＿＿＿＿＿円　×　２／３　≒　＿＿＿＿＿＿円　円未満四捨五入

（給付日額）　　（支給日数）　　（給付額）

＿＿＿＿＿＿円　×　＿＿＿＿＿＿日　＝　＿＿＿＿＿＿円

（給付額）　　（控除額）　　支給決定額

＿＿＿＿＿＿円　－　＿＿＿＿＿＿円　＝　＿＿＿＿＿＿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）　　（Ａ）　　（支給日数）　　支給決定額

（＿＿＿＿＿＿円　－　＿＿＿＿＿＿円）×　＿＿＿＿＿＿日　＝　＿＿＿＿＿＿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