

退 任

# 傷病手当金請求書(第 回)

所属所名 (市町村等名)	組合員氏名		性別	男・女					
組合員証 記号番号	記号	番号	組合員 生年月日	昭和 平成	年	月	日	年齢	才
	資格取得年月日	昭和 平成 令和		年	月	日	資格喪失年月日	令和	年
職 種	当該傷病の 初診年月日		年		月	日			
傷 病 名	勤務できなく なった最初の日		年		月	日			
介護保険法 による給付を 受けたとき	保 険 者 番 号		被 保 険 者 番 号		保 険 者 の 名 称				
療養のため 勤務できない ことに関する 医師の証明	傷病の現症状(レントゲン所見、栄養、体温、脈搏、呼吸数、食欲、便通)安静度、その他								
	今後の経過の見とおし(症状の傾向、治癒の見とおし、その他)								
	勤務可能の見込み時期( 年 月 日頃) ※必ず記入してください。								
上記のとおり診断し、下記請求期間について勤務できないことを証明します。									
令和 年 月 日									
医療機関の 所在地及び名称 医師 氏 名									
支給開始月以前 直近12カ月の 平均標準報酬の月額	円	請求期間	自	年	月	日	請求金額	円	
老 齡 厚 生 年 金 の 額	円	支給開始年月	年	月	受 給 権 の 有 無				
					有(請求中・未請求)・無				
障 害 厚 生 年 金 の 額	等級号級	円	支給開始年月	年	月	受 給 権 の 有 無			
						有(請求中・未請求)・無			
障 害 基 礎 年 金 の 額	等級	円	支給開始年月	年	月	受 給 権 の 有 無			
						有(請求中・未請求)・無			
障 害 手 当 金 の 額	円	支給年月日	年	月	日	受 給 権 の 有 無			
						有(請求中・未請求)・無			
上記のとおり請求します。									
埼玉県市町村職員共済組合理事長 様 印									
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 所属所長									

[注] 一ヵ月(暦月)分ごとに請求してください。  
(共済組合提出用)

出勤しなかった期間の報酬(※)の支払状況		
※報酬には、諸手当も含まれます。平成27年9月分までは、従前の給料月額で記入してください。 「出勤しなかった期間の報酬の支払い状況」が書ききれない場合は、別紙に記入し、この請求書に添付してください。		
勤務できなくなった 最初の日から 請求確認期間の 前日までの期間 (復職した期間も 必ず記入してください)	年 月 日 } 間 割 年 月 日 } 間 割 年 月 日 } 間 割	円 円 円
請求確認期間	年 月 日 } 間 割 年 月 日 } 間 割	円 円
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。		祝日の報酬(※)支払状況 割 円
令和 年 月 日		
給与事務担当者 職 名 氏 名		

共 済 組 合 使 用 欄													
年 金 と の 調 整	平均標準報酬の月額	給付月額(円未満四捨五入)					今回支給日数(○印)						
	円 × $\frac{1}{22}$ × $\frac{2}{3}$ =		円			年 月							
	年金額	(a) (円未満切り捨て)											
	円 × $\frac{1}{264}$ =		円			1	2	3	4	5	6	7	
障 害 手 当 金 と の 調 整	給付月額	(a)	支給日数	給付決定額		8	9	10	11	12	13	14	
	( 円 - 円 ) × 日 =	円		円		15	16	17	18	19	20	21	
	平均標準報酬の月額		(b)		円		22	23	24	25	26	27	28
	円 × $\frac{1}{22}$ × $\frac{2}{3}$ =		円		円		29	30	31				
障 害 手 当 金 と の 調 整	障害手当金の額	(b)		(c) (停止日数)		任意継続掛金受入確認							
	円 ÷ 円 =	日		日		月納		年 月分					
	停止期間 {		年 月 日から		1年6月を越えた		年1		まで納入済				
	年 月 日まで		場合は支給額無し		年2								
支給再開年月日( 年 月 日)からにおける支給額		給付日額(b)		支給日数		給付決定額		備考					
円 × 日 =		円		円									
支給開始日		前回支給分		今回支給分		共済組合受付印							
年 月 日から		年 月 日まで		年 月 日まで									
支給日数	日	控除額	円	年金との調整	有・無	整理番号							
課長		主幹		主査		係		照合					