

傷病手当金請求書  
傷病手当金附加金請求書  
休業手当

事務局長	課長	課員

※決定額	円
------	---

組合員等	記号	フリガナ	所属機関	名称
	番号	組合員氏名		所在地
性別	生年月日	組合員		任意継続組合員
男・女	昭和 平成 令和 年 月 日	資格取得	昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日
		資格喪失	令和 年 月 日	令和 年 月 日
傷病名	勤務できなくなった最初の日		令和 年 月 日	
標準報酬月額	請求期間			
第 級	自		至	
円	令和 年 月 日	令和 年 月 日		
請求金額	傷病手当金	傷病手当金附加金	休業手当金	
	円	円	円	
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	
障害厚生年金の額	円	支給開始年月	令和 年 月	
国民年金法による障害基礎年金の額	円	支給開始年月	令和 年 月	
障害手当金の額	円	支給年月日	令和 年 月 日	
退職老齢年金給付の額	円	支給開始年月	令和 年 月	
上記のとおり請求します。				
香川縣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	

- 1 医師及び所属所長（給与事務担当者）の証明を受けてください。
- 2 療養のため勤務に服することができない期間中に介護保険法による給付を受けたときは、同法の規定による被保険者証に記載されている保険者番号、被保険者番号及び保険者の名称を記入してください。
- 3 任意継続組合員は、標準報酬月額欄に退職の際の掛金の標準となった標準報酬月額及び任意継続掛金の標準となった額を記入してください。
- 4 傷病手当金附加金を受給するときは、傷病手当金の欄に医師及び所属機関の長（給与事務担当者）の証明を受けてください。
- 5 報酬とは、基本給及び各市町の給与条例等で定められている諸手当（期末・勤勉手当を除く）をいいます。
- 6 ※印欄は記入しないでください。

傷病	傷病名	発病年月日	療養期間					
		平成 令和 年 月 日	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで					
手当金	療養のため勤務できないことに関する医師の証明	上記の傷病により療養を要し、労務不能であることを証明します。						
		令和 年 月 日	住所	医師 氏名				
休業手当金	療養期間	勤務できなかった理由						
	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで							
根拠規定	地方公務員等共済組合法第70条	号に該当することを証明する。						
		令和 年 月 日	職名	証明者 氏名				
傷病手当金 休業手当金	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで勤務しなかったに 対して次の報酬が支払われたことを証明する。							
	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日間	割	円				
	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日間	割	円				
	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日間	割	円				
	令和 年 月 日			所属機関の長又は 給与事務担当者 氏名				
※障害手当金との調整			※今回支給日数（該当日に○を付す）					
退職の際の掛金の標準 となった標準報酬月額 円 × 1 / 2 × 8 / 10 = 円 (B)			曜日	1	8	15	22	29
				2	9	16	23	30
障害手当金の額 (B) 円 ÷ 円 = (C) (小数点以下の端数を切上げ)				3	10	17	24	31
				4	11	18	25	
支給再開年月日 令和 年 月 日 (退職の日の翌日から、日曜日等を除いて(C)日数を経過した日) (B) × (C) 障害手当金の額 支給再開年月日における支給額 円 - 円 = 円			※報酬との調整	標準報酬月額	円 × 1 / 22 × 2 / 3		給付日額 = 円	
				給付日額	円 ×	給付日数 日	給付額 = 円	
※障害厚生年金等との調整			調整	給付額	円 -	控除額 円	= 円	
障害厚生年金等の額 円 × 1 / 264 = 円 (A) 給付日額 (A) 支給日数 ( ) × = 円				備考				
※支払開始日			※前回支給分			※今回支給分		
令和 年 月 日から			令和 年 月 日まで			令和 年 月 日まで		