

(表面)

理事長	局長	次長	課長	副課長	主幹	副主幹	係
○							

(伺) 下記のとおり支給してよろしいか。

起案日	/
支給日	/
決定額	円

傷病手当金請求書

下記のとおり請求します。

兵庫県市町村職員共済組合理事長 様

請求日	平成 29 年 2 月 12 日						
組合員証 記号番号	所属所	企業	番号				
	1 2 3	4	5	6	7		
所属所名	〇〇市			組合員氏名	共済 太郎 		
資格取得年月日	昭和 (平成)	8 年 4 月 1 日	資格喪失年月日	平成 年 月 日			
勤務できなくなった 最初の日	平成 27 年 10 月 17 日			請求期間	平成 29 年 1 月 17 日 から 休業日数		
標準報酬 の月額	平成 27 年 10 月 ~ 23 等級 410,000 円				平成 29 年 1 月 31 日 まで (11) 日		
	平成 28 年 9 月 ~ 23 等級 410,000 円			支給開始日	平成 29 年 1 月 17 日から		
請求金額	90,651 円	(内訳)		介護保険法の給付を受けているとき			
		給付額 136,697 円 (◎) - 調整額 46,046 円 (◎)		保険者番号	被保険者番号	保険者の名称	
		と①のいずれか高い額					
障害厚生 (共済) 年金	<input checked="" type="checkbox"/> 有	無	支給年額	1,105,200 円	支給開始年月	平成 28 年 1 月	
障害基礎年金	<input checked="" type="checkbox"/> 有	無	支給年額	円	支給開始年月	平成 年 月	
障害手当 (一時) 金	<input checked="" type="checkbox"/> 有	無	支給額	円	支給年月日	平成 年 月 日	
老齢厚生 (共済) 年金	<input checked="" type="checkbox"/> 有	無	支給年額	円	支給開始年月	平成 年 月	
老齢基礎年金	<input checked="" type="checkbox"/> 有	無	支給年額	円	支給開始年月	平成 年 月	
療 養 事 務 医 師 の 証 明 書	○ 傷病名		脳梗塞後遺症		○ 発病年月日 平成 25 年 12 月 頃 日		
	○ 傷病の現症、安静度、その他		体動歩行において困難を認める		○ 初診年月日 平成 26 年 6 月 30 日		
	○ 今後、経過の見とおし (症状の傾向、治療の見とおし)		歩行運動機能訓練を続ける		○ 労務可能の見込み時期 (必ず記入してください。)		
					不明 平成 年 月 日		
				平成 29 年 2 月 2 日 ←			
				医療機関名 〇〇市立病院			
				所在地 〇〇市〇〇区〇〇町 1-1			
				医師氏名 平井 健 			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。							
平成 29 年 2 月 12 日				職 名 〇〇市長			
				所属所長 氏 名 保健 次郎 			
				共済組合 受付印 			

請求する期間以降に証明を受けてください。

- 太線の中を記入してください。
- 裏面に所属機関の長または給与事務担当者の証明を受けて、共済組合に提出してください。
- 「療養を担当した医師の意見欄」は傷病手当金支給決定の基礎となるものですから、その記入にあたっては、できる限り各科専門医において事実を的確かつ詳細に記載するとともに、**在職中は職場復帰が可能かどうか退職後は労働能力があるか否か**について意見を記載してください。なお、労働能力を回復した (勤務することができる状態にある) にもかかわらず、勤務しない場合等は傷病手当金の支給要件に該当しません。
- 請求書は 1 月分につき 1 枚ずつ作成してください。

(裏面へ続く。)

今回請求分(該当日に○印を付してください。)

(1) 月分 請求回数 (1) 回目

日	月	火	水	木	金	土
曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

在職中の場合、報酬の支給状況を証明してください。

給付対象月に報酬の支給がある場合は、支払った報酬について証明してください。

(初回請求や復職後の再請求の場合は、勤務できなくなった最初の日から請求月までの「報酬支給額証明書」を添付してください。)

支給あり 支給なし

	①日々の勤務に対し支給される報酬				②日々の勤務とは関係なく支給される報酬					合計
	基本給	地域手当	手当	小計	扶養手当	通勤手当	住居手当	手当	小計	
本来の支給額										
平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 支給										
平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 支給										

平成 年 月 日から同月 日までの出勤しなかった期間に対する報酬の支給について上記のとおり相違ないことを証明する。

平成 年 月 日

所属機関の長 職名
又は
給与事務担当者 氏名

印

支給開始日の属する月以前12月の標準報酬の月額合計

標準報酬の日額

4,920,000 円 × 1/12 × 1/22 = 18,640 円 (10円未満四捨五入) …①

給付日額

① × 2/3 = 12,427 円 (円未満四捨五入) …②

支給日数

給付額

② × 11 日 = 136,697 円…③

(報酬との調整)

①日々の勤務に対し支給される報酬について

支払われた報酬

勤務を要する日

0 円 × 1/ 11 日 = 0 円 (小数点第三位切捨) …④

②日々の勤務とは関係なく支給される報酬について

支払われた報酬

13,200 円 × 1/22 日 = 600 円 (小数点第三位切捨) …⑤

報酬日額

④ + ⑤ = 600 円 (円未満切捨) …⑥

勤務を要する日

調整額

⑥ × 11 日 = 6,600 円…⑦

(年金との調整)

支給年額

1,105,200 円 × 1/264 = 4,186 円 (円未満切捨) …⑧

支給日数

調整額

⑧ × 11 日 = 46,046 円…⑨

支給額の計算

報酬支給額証明書

組記 合号 員番号 証号	所属所			企業		番号			組合員氏名	
	1	2	3	4			5	6	7	共済 太郎

平成27年10月 17日～31日	報酬①	種別	基本給	地域手当			小計	合計
		本来の支給額	350,000円	36,300円			386,300円	
支給対象日数 10日	報酬②	種別	扶養手当	住居手当	通勤手当		小計	合計
		本来の支給額	13,000円	3,500円	8,000円		24,500円	
給与支給割合 10割	報酬②	期間内の支給割合	100%	100%	100%			186,725円
		支給実績	5,909円	1,590円	3,636円		11,135円	
平成 年 月 日～日	報酬①	種別	基本給	地域手当			小計	合計
		本来の支給額						
支給対象日数 日	報酬②	種別	扶養手当	住居手当			小計	合計
		本来の支給額						
給与支給割合	報酬②	期間内の支給割合						合計
		支給実績						
平成 年 月 日～日	報酬①	種別	基本給	地域手当			小計	合計
		本来の支給額						
支給対象日数 日	報酬②	種別	扶養手当	住居手当			小計	合計
		本来の支給額						
給与支給割合	報酬②	期間内の支給割合						合計
		支給実績						
平成29年1月 1日～16日	報酬①	種別	基本給	地域手当			小計	合計
		本来の支給額	350,000円	36,300円			386,300円	
支給対象日数 11日	報酬②	種別	扶養手当	住居手当			小計	合計
		本来の支給額	13,000円	3,500円			16,500円	
給与支給割合 8割	報酬②	期間内の支給割合	80%	80%				161,120円
		支給実績	5,200円	1,400円			6,600円	
平成29年1月 17日～31日	報酬①	種別	基本給	地域手当			小計	合計
		本来の支給額	350,000円	36,300円			386,300円	
支給対象日数 11日	報酬②	種別	扶養手当	住居手当			小計	合計
		本来の支給額	13,000円	3,500円			16,500円	
給与支給割合 0割	報酬②	期間内の支給割合	80%	80%				6,600円
		支給実績	5,200円	1,400円			6,600円	

勤務できなくなった最初の日から
傷病手当金請求月まで
全ての期間を証明してください。

報酬①……日々の勤務に対し支給される報酬
報酬②……日々の勤務とは関係なく支給される報酬

平成27年10月17日から平成29年1月31日までの期間について、上記の金額を支払ったことを証明します。

平成29年2月12日

所属所長又は
給与事務担当者

職名 ○○市長

氏名 保健 次郎

