



決 裁	課長	合議	担当

傷病手当金請求書

平成 年 月分 (第 回)

決定額 ※ 円

組 合 員 記 入 欄	組合員証記号 及び番号又は 個人番号	-	組合員 氏名			所属 機関名			
	資格取得 年月日	昭和 平成	年	月	日	資格喪失 年月日	平成	年 月 日	
	傷病名					勤務でき なくなった 初日の日	平成	年 月 日	
	発病また は負傷の 日	平成	年	月	日	請求期間	平成	年 月 日から 平成 年 月 日まで	
	標準報酬月額	等級 (任意継続組合員)					円 円		
	介護保険法の 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				
	老齢年金の種類	年金制度	給付額		支給開始年月				
			円		年 月				
			円		年 月				
	障害厚生年金支給額	円	級	支給開始年月		年 月			
	障害基礎年金支給額	円	級	支給開始年月		年 月			
	障害手当金の額	円	支給年月日		年 月 日				
	上記のとおり請求します。 石川縣市町村職員共済組合理事長 様 平成 年 月 日 千 電話 () 住 所 請求者 氏名 ㊟								
	療 養 担 当 者 の 意 見 欄	傷病名							
		療養を開始 した年月日	平成	年	月	日			
勤務不能と 認められた期間		平成	年	月	日から	日間	左記の期間 中の診療 実日数	日間	
		平成	年	月	日まで				
傷病の主状態 及び経過概要									
上記のとおり相違ありません。 平成 年 月 日 千 電話 () 住 所 医 師 医療機関名 氏 名 ㊟									

申 立 書	<p>私は地方公務員等共済組合法第六十八条第三項の規定に基づき、</p> <p>平成____年____月____日から平成____年____月____日の請求期間において</p> <p>傷病のため労働能力を失っており、勤務に服することができない事実を申し立てます。</p> <p style="text-align: center;">石川県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏 名 ㊟</p>
-------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

傷病手当金計算書 (記入しないでください)

<p>標準報酬月額 円 × 1/22 =</p> <p>標準報酬日額 円 (A) × 2/3 =</p> <p>給付日額 円 (B) ×</p>	<p>標準報酬日額 円 (A)</p> <p>給付日額 円 (B)</p> <p>給付日数 日</p> <p>給付額㊟ 円</p>																																																				
<p>※給料との調整</p> <p>給付額㊟(給付日額×日数) 控除額(報酬日額×日数) 給付決定額</p> <p style="text-align: center;">円 - 円 = 円</p>																																																					
<p>※年金との調整</p> <p>年金額 円 × 1/264 =</p> <p>給付日数 円 (C) × 日 =</p> <p>給付額㊟(D) 給付決定額</p> <p style="text-align: center;">円 - 円 = 円</p>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th colspan="5">平成 年 月分</th> </tr> <tr> <th colspan="5">給付日数 日</th> </tr> <tr> <td></td><td>1</td><td>8</td><td>15</td><td>22</td><td>29</td> </tr> <tr> <td></td><td>2</td><td>9</td><td>16</td><td>23</td><td>30</td> </tr> <tr> <td></td><td>3</td><td>10</td><td>17</td><td>24</td><td>31</td> </tr> <tr> <td></td><td>4</td><td>11</td><td>18</td><td>25</td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>5</td><td>12</td><td>19</td><td>26</td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>6</td><td>13</td><td>20</td><td>27</td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td>7</td><td>14</td><td>21</td><td>28</td><td></td> </tr> </table>	平成 年 月分					給付日数 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	
平成 年 月分																																																					
給付日数 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																																																	
<p>※障害手当金との調整</p> <p>傷病手当金は、同一の傷病について障害手当金の支給を受けることとなったときは、当該障害手当金の支給を受けることとなった日からその日以後において支給を受けるべき傷病手当金の額の合計額が当該障害手当金の額に達するに至る日までの間、支給しない。</p>																																																					
支 払 開 始 日	前 回 支 給 分	今 回 支 給 分																																																			
平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	平成 年 月 日まで																																																			

- 休職発令の写しを添付してください。(第1回目の請求時、または、休職期間の更新があった場合に限る)
- 年金の支給がある場合は、年金証書の写しを添付してください。
(第1回目の請求時、または、年金額の改定等があった場合)