

支給決定 伺	支給決定金額	事務局長	課長	主幹・係長	課員	係
	〒	円				
	自	年	月	日		
	至	年	月	日		

傷病手当金請求書

組合員等 記号番号	—	組合員 氏名		所 属 機 関 名	
傷病名		資格取得 年月日	年月日	資格喪失 年月日	年月日
発病年月日	年月日	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		保険者名	
医師の 証明欄	療養のため勤務できない期間		年月日から年月日まで		
	傷病の 主な状態				
	医師	住所(所在地)			
		医療機関名及び氏名			
標準報酬月額	等級	円	支給開始月以前直近12ヵ月の 平均標準報酬月額	※	円
請求期間	年月日から 年月日まで	請求金額	円		
年金等の名称	受給の有無等	支給(年)額等	支給開始年月等		
障害厚生年金	有・無・請求中	級 円	支給開始年月	年月	
障害基礎年金	有・無・請求中	級 円	支給開始年月	年月	
障害手当金	有・無・請求中	円	支給年月日	年月日	
退職老齢年金 <small>(2種類以上あるときは合算額)</small>	有・無・請求中	円	支給開始年月	年月	
公務災害による 休業補償等	有・無・請求中	円	支給開始年月	年月	
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">佐賀県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 請求者氏名</p>					
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 職名</p> <p style="text-align: center;">所属所長 氏名</p>					

- 1 裏面に報酬の支払状況について所属機関の長又は給与事務担当者の証明を受けたうえ、共済組合に提出してください。
- 2 初回請求時は「報酬支給額証明書」を添付してください。
- 3 ※印欄は記入しないでください。

年 月 の勤務しなかった期間に対して、下記の金額の報酬を支払ったことを証明します。

期 間		日から	日まで	日から	日まで
支給対象日数		日			日
給与支給割合		割			割
種別	本来の支給額	支給実績	※報酬日額	支給実績	※報酬日額
報酬①	給料月額	円	円	円	
		円	円	円	
	計	円	円	円	
報酬②	扶養手当	円	円	円	
	住居手当	円	円	円	
		円	円	円	
	計	円	円	円	
合 計		円		円	

年 月 日

所属機関の長又は給与事務担当者 職名
氏名

報酬との調整	支給開始月以前直近12ヵ月の平均標準報酬月額	給付日額	今回支給日数（該当日に○印を付する）						
	※ 円 × 1/22 × 2/3 = 円		※	年 月 分					
	給付日額	支給日数	給付月額	曜日	1	8	15	22	29
	円 ×	日 =	円	2	9	16	23	30	
給付月額	控除額	給付決定額	3	10	17	24	31		
	円 -	円 =	円	4	11	18	25		
年金との調整	障害厚生年金等の額	A	5	12	19	26			
	※ 円 × 1/264 = 円		6	13	20	27			
	給付日額	A	支給日数	給付決定額	7	14	21	28	
	(円 - 円) × 日 = 円								
障害手当金との調整	障害手当金の額	支給事由発生時の給付日額 B	停止日数 C	※ 支給開始日					
	※ 円 ÷ 円 = 日			年 月 日 分から					
			(小数点以下切上げ)	※ 前回支給分					
	支給再開年月日	年 月 日		年 月 日 分まで					
	(土曜日・日曜日を除いて、停止日数Cを経過した日)		※ 今回支給分						
B × C	障害手当金の額	支給再開年月日における支給額	年 月 日 分まで						
円 -	円 =	円							