

※ 課長	係長	係員

伺 下記のとおり支給して
よろしいか。

傷病手当金（附加金）請求書（210）

下記のとおり請求します。
茨城県市町村職員共済組合理事長 様

※
入力

請求日	平成〇〇年 〇〇月 〇〇日			請求 期金額	平成〇〇年 〇〇月 10日から 平成〇〇年 〇〇月 31日まで		決定 金額	傷病 手当金	※		
組合員証 記号番号	1	1	1		1	1	1	1	〇〇〇,〇〇〇 円		
組合員氏名	共済 太郎 (共済)			所属所	〇〇〇〇〇		取得 年月日	平成〇〇年 〇〇月 〇〇日			
給料	〇〇〇,〇〇〇 円		勤務できなくなった 最初の日	〇〇年 〇〇月 〇〇日		退職処分のあった日	〇〇年 〇〇月 〇〇日		休職期間<任命権者から休職処分が発令された期間>		
療養の ことに関 する医 師の証 明	・傷病名 〇〇〇〇〇〇 ・傷病の現症状、安静度、その他 〇〇〇〇〇〇 ・今後、経過の見とおし（症状の傾向、治療の見とおし） 〇〇〇〇〇〇				・発病年月日 平成〇〇年 〇〇月 〇〇日 ・初診年月日 平成〇〇年 〇〇月 〇〇日 ・労務可能の見込み時期（必ず記入して下さい。） 平成〇〇年 〇〇月 〇〇日 平成〇〇年 〇〇月 〇〇日 住所 〇〇〇〇 氏名 〇〇〇〇						
金額	有 〇〇〇,〇〇〇 円		有	円		有	円		有		
受給 開始日	無 〇〇年 〇〇月 〇〇日		無	年 月 日		無	年 月 日		無		
[給与支払に関する証明] 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日から 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 まで出勤しなかった期間に対して、次の金額の給料を支払ったこ とを証明する。 平成〇〇年 〇〇月 〇〇日 } 間 10 割 〇〇〇,〇〇〇 円 平成〇〇年 〇〇月 〇〇日 } 平成〇〇年 〇〇月 〇〇日 } 間 8 割 〇〇〇,〇〇〇 円 平成〇〇年 〇〇月 〇〇日 } 平成〇〇年 〇〇月 〇〇日 } 間 0 割 0 円 平成〇〇年 〇〇月 〇〇日 } 平成〇〇年 〇〇月 〇〇日 }				今回請求分 (該当日に〇印を付する) 〇〇 月分 請求回数 〇 回目 (支給額の計算) 給料月額 〇〇〇,〇〇〇 × $\frac{1}{22}$ = 〇〇,〇〇〇円…A (10円未満四捨五入) 給料日額 A × $\frac{2}{3}$ × 1.25 = 〇〇,〇〇〇円…B (1円未満四捨五入) 支給日数 B × 〇〇日 = 〇〇〇,〇〇〇円…C (障害年金等との調整) 障害年金等の額 円 × $\frac{1}{264}$ = 円…D 支給日数 D × 日 = 円 (調整額)…E				(障害一時金との調整) ※支給 開始日 年 月 日から 前回 支給分 年 月 日まで 今回 支給分 年 月 日まで			
(給与事務担当者) 職名 〇〇〇〇 氏名 〇〇〇〇				担							
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 平成〇〇年 〇〇月 〇〇日 職名 〇〇〇〇 所属所長 氏名 〇〇 〇〇				印				受 付 印			

1. 太線の中を記入して下さい。
2. 必ず所属機関の長及び給与事務担当者の証明を受けたうえ、組合に提出して下さい。
3. 請求書は1月につき1枚ずつ作成して下さい。