

課長	係長	係員

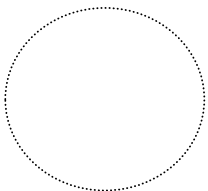
伺 下記のとおり支給して
よろしいか。

傷病手当金（附加金）請求書（210）

下記のとおり請求します。

入力

茨城県市町村職員共済組合理事長 様

請求日		年 月 日		所属所		請求及び 期金 間額		年 月 日から 年 月 日まで		決定 金額		傷病 手当金		附加金		円			
組合員証 記号番号		-				D-F		円								円			
組合員氏名		取得 年月日		年 月 日		短期 報酬 標準 月額		円…A											
喪失 年月日		年 月 日																	
勤務できなくなった最初の日				休職処分のあった日				休職期間（任命権者から休職処分が発令された期間）											
年 月 日				年 月 日				年 月 日～				年 月 日							
療養と の に 関 め す 勤 務 医 で 師 き の 証 明		・傷病名 ・傷病の現症状、安静度、その他 ・今後の経過の見とおし（症状の傾向、治療の見とおし）																	
		・発病年月日 年 月 日 ・初診年月日 年 月 日 ・労務可能の見込み時期（必ず記入してください。） 年 月 日																	
		住 所 医 師 病院名 氏 名																	
障 害 厚 生 年 金		老 齢 厚 生 年 金		障 害 手 当 金		出 産 手 当 金		有		無		有		無		有		無	
金額		円		円		円		円		円		円		円		円		円	
受給 開始日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
地方公務員災害補償法による通勤災害に係る休業補償、傷病補償年金等の支給（支給予定を含む）														有 ・ 無					
〔給与支払に関する証明〕				今回請求分 （該当日に○印を付する）				曜日											
年 月 日から 年 月 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。				年 月分				1 2 3 4 5 6 7											
年 月 日 } 間 10 割 円				請求回数 回目				8 9 10 11 12 13 14											
年 月 日 } 間 8 割 円								15 16 17 18 19 20 21											
年 月 日 } 間 0 割 0 円								22 23 24 25 26 27 28											
年 月 日								29 30 31											
(給与事務担当者)				(支給額の計算)				(障害手当金との調整)											
職名				短期標準報酬月額 短期標準報酬月額				A 円 × $\frac{1}{22} =$ 円…B											
氏名				支給日額				B 円 × $\frac{2}{3} =$ 円…C											
				(障害年金等との調整)				支給日数 請求額				支給開始日 年 月 日から							
				障害年金等の額				C × 日 = 円…D				前回支給分 年 月 日まで							
				円 × $\frac{1}{264} =$ 円…E								今回支給分 年 月 日まで							
				支給日数				E × 日 = 円(調整額)…F											
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。														受 付 印					
年 月 日																			
職名																			
所属所長 氏名																			

1. 太線の中を記入してください。
2. 所属所の長及び給与事務担当者の証明を受けたうえ、組合に提出してください。
3. 給与支払に関する証明は、勤務できなくなった最初の日から今回請求分までを記入してください。
4. 請求書は1月につき1枚ずつ作成してください。