

決 裁	確 認	係

伺 下記のとおり支給してよろしいか。

支給開始前1年間の短期標準報酬月額の平均月額です。

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

請求日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	請求及び 期金額	令和〇〇年〇〇月分(〇〇回目) (〇日～〇〇日分) 〇〇〇,〇〇〇 円	傷病 手当金	決定金額 (枝 -)
組合員等 記号番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇〇	所属所	〇〇市役所		
組合員氏名	共 済 太 郎	取 得 年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	短期標準 報酬月額	〇〇〇,〇〇〇 円
喪失 年月日		休職期間 (任命権者から休職処分が発令された期間)	令和〇〇年〇〇月〇〇日～令和〇〇年〇〇月〇〇日		
勤務できなくなった最初の日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	休職処分のあった日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		

医 療 機 関 証 明 欄	【療養のため勤務できないことに関する医師の証明】	発病年月日	年 月 日(頃)
	この欄は医師に証明を依頼してください。	初診年月日	年 月 日
	《注意事項》 ○労務不能期間は、土日祝日だけでなく、勤務予定のない日(年末年始・学校の夏休みなど)が除かれていないことを確認してください。	労務不能と認めた期間 (土日祝日を除かず記載してください。)	年 月 日から 日
	○証明日が、今回の請求期間以降の日付になっていることを確認してください。	労務可能の見込み時期 (必ず記入または〇を付けてください。)	年 月 日(頃) ・ 不明
	所在地	年 月 日	
	病院名		
	氏 名		

該当する年金等の有無について記入してください。

金額	有	老 齡 厚 生 年 金	有	障 害 厚 生 年 金	有	障 害 基 礎 年 金	有	障 害 手 当 金
受給開始日	無	年 月 日	無	〇〇〇,〇〇〇 円 令和〇〇年〇〇月〇〇日	無	年 月 日	無	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
介護保険法による給付を受けていたとき		保 険 者 番 号	被 保 険 者 番 号		保 険 者 の 名 称			

〔給与支払に関する証明〕 (※今回請求分までを記入してください。)

勤務できなくなった最初の日から令和〇〇年〇〇月〇〇日までの期間について、次の金額の給料を支払ったことを証明する。

令和〇〇年〇〇月〇〇日	} 間 10 割	〇〇〇,〇〇〇 円	令和〇〇年〇〇月〇〇日	職 名	〇〇〇〇〇
令和〇〇年〇〇月〇〇日					
令和〇〇年〇〇月〇〇日	} 間 8 割	〇〇〇,〇〇〇 円	令和〇〇年〇〇月〇〇日	給与事務担当者	氏 名
令和〇〇年〇〇月〇〇日					
令和〇〇年〇〇月〇〇日	} 間 0 割	0 円			〇 〇 〇 〇
令和〇〇年〇〇月〇〇日					

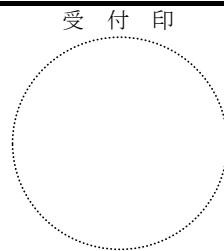
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

職 名 〇 〇 市 長

所属所長

氏 名 〇 〇 〇 〇



- 太線の中を記入してください。
- 所属所長及び給与事務担当者の証明を受けたいえ、組合に提出してください。
- 内容審査により給付決定までに時間を要することがありますので、予めご了承ください。
必ず裏面の【チェックリスト】の事項を確認し、チェック欄に✓を入れて提出してください。

確認のうえチェックしてください。

【チェックリスト】

	チェック欄	
	組合員	所属所
必要事項はすべて記入されているか。	✓	✓
請求期間は月単位となっているか。(月をまたぐ場合は、請求書を月ごとに分けて提出してください。)	✓	✓
組合員氏名欄は自署か。(自署でない場合は本人印が必要です。)	✓	✓
「療養のため勤務できないことに関する医師の証明」の証明日は、請求する期間の最後の日の翌日以降になっているか。(令和6年1月31日までの請求をする場合、証明日は令和6年2月1日以降)	✓	✓
年金等を受給している場合、年金額を記入しているか。 またその場合、年金額が確認できる書類※は添付してあるか。 (※初回請求時及び年金額に変更があったときは年金証書や送金通知書の写しを添付してください。)	✓	✓
その他必要な書類(短期組合員の場合は退職辞令、出勤簿、雇用契約書等の写し)は添付してあるか。	✓	✓

【例】令和7年10月以前から休職(無給)して、25日に復職した場合

【支給額計算欄】

○支給額の計算

(短期標準報酬月額) × $\frac{1}{22}$ = (短期標準報酬日額)
 〇〇〇,〇〇〇 円 × $\frac{1}{22}$ = 〇〇,〇〇〇 円
 10円未満四捨五入

(短期標準報酬日額) × $\frac{2}{3}$ = (給付日額)
 〇〇,〇〇〇 円 × $\frac{2}{3}$ = 〇,〇〇〇 円
 1円未満四捨五入

(給付日額) × 支給日数 = (給付額)
 〇,〇〇〇 円 × 16日 = 〇〇〇,〇〇〇 円

対象年月 令和7年 11月分

曜日

土	日	月	火	水	木	金
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				

祝日も支給対象です。

○報酬との調整

(給付額) - (控除額) = (給付決定額)
 _____ 円 - _____ 円 = _____ 円

○年金等との調整

(年金等の額) × $\frac{1}{264}$ = _____ 円(A)
 _____ 円 × $\frac{1}{264}$ = _____ 円(A)
 (給付日額) (A) 支給日数 (給付決定額)
 (_____ 円 - _____ 円) × _____ 日 = _____ 円

【共済組合記入欄】

○初回リスト入力 ○8割支給 有 ・ 無

○その他特記事項

支給開始日	前回支給分	今回支給分
年 月 日 から	年 月 日 まで	年 月 日 まで (請求回数 回目)