

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

請求及び 期金額 間額	令和元年8月2日から 令和元年8月31日まで D-F ○○○, ○○○ 円	決定金額	傷病手当金 附加金	円
-------------------	---	------	--------------	---

請求日	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	所属所	○○市役所		
組合員証 記号番号	1 1 1 - 1 1 1 1 1	取得年月日 喪失年月日	平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 年 月 日	短報 期酬 標月 準額	○○○, ○○○ 円…A
組合員氏名	共 済 太 郎				
勤務できなくなった最初の日	平成 30 年 5 月 2 日	休職処分があった日	平成 30 年 8 月 2 日	休職期間（任命権者から休職処分が発令された期間）	平成 30 年 8 月 2 日～令和 2 年 3 月 31 日

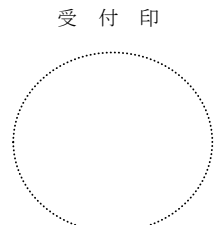
療こ 養と のに た関 めす 勤る 務医 で師 きの な証 い明	・傷病名 ○ ○ ○ ○ ○	・発病年月日 平成○○年○○月○○日
	・傷病の現症状、安静度、その他	・初診年月日 平成○○年○○月○○日
	・今後の経過の見とおし（症状の傾向、治療の見とおし）	・労務可能の見込み時期（必ず記入してください。） 令和○○年○○月○○日
	この欄は医師が記入します。	請求期間以降の証明が必要です。
	該当する年金または一時金等を受給している場合は記入してください。	住所 ○○市○○町○-○ 医師 病院名 ○ ○ ○ 病院 氏名 ○ ○ ○ ○

障害厚生年金	老齢厚生年金	障害手当金	出産手当金
金額 有・無	金額 有・無	金額 有・無	金額 有・無
受給開始日	受給開始日	受給開始日	受給開始日

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〕 平成30年5月2日から令和元年8月31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30年5月2日 } 間 10割 300,000円 平成30年8月1日 } 平成30年8月2日 } 間 8割 240,000円 令和元年8月1日 } 令和元年8月2日 } 間 0割 0円 令和元年8月31日 } 令和○○年○○月○○日 (給与事務担当者) 職名 ○○ 氏名 ○ ○ ○ ○	今回請求(該) 祝日も支給対象です。 令和元年8月分 請求回数 1 回目	曜日 月 火 水 木 金 土 日 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
	(支給額の計算) 短期標準報酬月額 短期標準報酬日額 A 円 × $\frac{1}{22}$ = 13,640 円…B (10円未満四捨五入) 支給日額 B 円 × $\frac{2}{3}$ = 9,093 円…C (1円未満四捨五入) 支給日数 請求額 C × 22 日 = 200,046 円…D	(障害年金等との調整) 障害年金等の額 円 × $\frac{1}{264}$ = 円…E 支給日数 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。  
令和○○年○○月○○日  
職名 ○○市長  
所属所長 氏名 ○ ○ ○ ○



- 太線の中を記入してください。
- 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。
- 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。
- 請求書は1月につき1枚ずつ作成してください。