課　長	係　長	係　員

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の月額の平均を記入してください。

傷病手当金（附加金）請求書（210）

入力	
	枝－

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

請及求び期金間額	令和 5 年　8 月分　1 回目 2 日 ～ 31 日 〇〇〇,〇〇〇 円	決定金額	傷病手当金 附加金	円

請求日	令和〇〇年　〇〇月　〇〇日	所属所	〇 〇 市 役 所
組合員証記号番号	〇〇〇 － 〇〇〇〇〇		
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
		喪失年月日	年　月　日
		短期標準報酬月額	300,000 円

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）
令和 5 年　5 月　2 日	令和 5 年　8 月　2 日	令和 5 年　8 月　2 日～　令和 6 年　3 月　31 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】

・傷病名

〇 〇 〇 〇 〇 〇

・傷病の現症状、安静度、その他

この欄は医師が記入します。

・症状経過からみて労務不能と認められた医学的所見

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。

・発病年月日　令和〇〇年　〇〇月　〇〇日(頃)

・初診年月日　令和〇〇年　〇〇月　〇〇日

・労務不能と認めた期間

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日から　〇〇日まで（月単位で記入）

・労務可能の見込み時期（必ず記入または〇を付してください。）

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日(頃)　・　不明

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

所在地　茨城県〇〇市〇〇町〇〇番地

病院名　〇〇〇〇病院

氏　名　〇 〇　〇 〇

請求期間以降の証明が必要です。

	老齢厚生年金	障害厚生年金	障害基礎年金	障害手当金
金額	有・無　円	有・無　円	有・無　円	有・無　円
受給開始日	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

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〕（※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。）

令和 5 年 5 月 2 日から 令和 5 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。

令和 5 年 5 月 2 日 ～ 令和 5 年 8 月 1 日　間 10 割　300,000 円

年　月　日 ～ 年　月　日　間 8 割　円

令和 5 年 8 月 2 日 ～ 令和 5 年 8 月 31 日　間 0 割　0 円

勤務できなくなった最初の日から請求月までを証明してください。

令和〇〇年　〇〇月　〇〇日

（給与事務担当者）職　名　〇 〇

氏　名　〇 〇　〇 〇

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

所属所長　職　名　〇 〇 市 長

氏　名　〇 〇　〇 〇

受付印

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. 内容審査により給付決定までに時間を要す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。

【チェックリスト】

必ずチェックしてください。

	チェック欄 組合員	チェック欄 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休職辞令、出勤簿、雇用契約書等の写し）は添付してあるか。		✔

【支給額計算欄】

○支給額の計算

対象年月 令和 5 年 8 月分

（短期標準報酬月額） 300,000 円 × $\frac{1}{22}$ ＝ （短期標準報酬日額） 13,640 円
10円未満四捨五入

（短期標準報酬日額） 13,640 円 × $\frac{2}{3}$ ＝ （給付日額） 9,093 円
1円未満四捨五入

（給付日額） 9,093 円 × 支給日数 22 日 ＝ （給付額） 200,046 円

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				

祝日も支給対象です。

○報酬との調整

（給付額） 円 － （控除額） 円 ＝ **（給付決定額）** 円

○年金等との調整

（年金等の額） 円 × $\frac{1}{264}$ ＝ 円（A）

（給付日額） 円 － （A） 円 ） × 支給日数 日 ＝ **（給付決定額）** 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 ）