

決	定	※	円
---	---	---	---

傷病手当金請求書

組 合 員 証 記 号 番 号	—	組 合 員 氏 名		所 属 機 関 名	
傷 病 名	資格取得 年 月 日	平成 年 月 日	昭和 年 月 日	資格喪失 年 月 日	平成 年 月 日
発 病 年 月 日	平成 年 月 日	昭和 年 月 日	勤務できなくな った最初の日	平成 年 月 日	昭和 年 月 日
介護保険法の給 付を受けたとき	保 険 者 番 号	被 保 険 者 番 号	保 険 者 名		
療養のため勤務 できないことに 関する医師の証明	住 所 医 師 氏 名 (印)				
標 準 報 酬 月 額	25 等級 470,000 円	請 求 期 間	平成 29 年 3 月 1 日から 平成 29 年 3 月 31 日まで	請 求 金 額	100,298 円
障害厚生年金の額	円	支 給 開 始 年 月	平成	年	月
障害基礎年金の額	円	支 給 開 始 年 月	平成	年	月
障害手当金の額	円	支 給 年 月 日	平成	年	月 日
退職老齢年金給付の額	円	支 給 開 始 年 月	平成	年	月
上記のとおり請求します。 山梨県市町村職員共済組合理事長 殿 平成 年 月 日 住 所 請 求 者 氏 名 (印)					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 職 名 所 属 所 長 氏 名 (印)					

- ① 組合員証の記号・番号、組合員氏名、所属機関名（市町村・一部事務組合）を記入してください。
- ② 原因となった傷病名、組合員の資格取得年月日を記入（既に資格を喪失している場合は資格喪失年月日を記入）してください。
- ③ 原因となった傷病の発病年月日及び勤務できなくなった最初の日（傷病休暇の初日）を記入してください。
- ④ 療養のため勤務することができないことに関する医師の証明を受けてください。（診断書の写しを添付することで替えることも可能です。）
- ⑤ 標準報酬月額、請求期間（暦月単位）及び請求金額を記入してください。
- ⑥ 障害厚生年金や障害手当金等を受給している場合は金額と支給開始年月日を必ず記入してください。
- ⑦ 請求年月日と請求者の住所・氏名を記入し押印してください。
- ⑧ 請求内容を確認の上、証明年月日と所属所長（市町村长・一部事務組合管理者）の職名・氏名を記入し押印してください。

1. 裏面に所属機関の長又は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。
2. 療養のため勤務に服する事ができない期間中に介護保険法の給付を受けたときは、被保険者証の保険者番号、被保険者番号及び保険者名を記入してください。
3. ※印欄は記入しないでください。

平成 29 年 3 月 1 日から平成 29 年 3 月 31 日まで出勤しなかった期間に対して、次の金額の報酬を支払ったことを証明する。

平成 29 年 3 月 1 日 } 間 5 割 119,820 円 13/23
 平成 29 年 3 月 19 日 }
 平成 29 年 3 月 20 日 } 間 10 割 16,386 円 1/23
 平成 29 年 3 月 20 日 }
 平成 29 年 3 月 21 日 } 間 5 割 82,950 円 9/23
 平成 29 年 3 月 31 日 }

平成 年 月 日

所属機関の長 職名
 又は
 給与事務担当者 氏名

印

① 勤務できなかった期間に対し支給した報酬（給料及び手当）の額及び所属所長（市町村長・一部事務組合管理者）又は給与事務担当者の氏名等を記入し証明印を押印してください。

※記入例は、傷病休暇により報酬が半減となっている例となります。

報酬との調整	平均標準報酬月額 457,500 円 × 1/22 = 20,800 円 <small>(10円未満四捨五入)</small>	標準報酬日額 20,800 円 × 2/3 = 13,867 円 <small>(円未満四捨五入)</small>	今回支給日数 (該当日に○印を付する。) 平成 29 年 3 月分						
	標準報酬日額 20,800 円 × 2/3 = 13,867 円 <small>(円未満四捨五入)</small>	給付日額 13,867 円 × 22 日 = 305,074 円	給付日額 13,867 円 × 22 日 = 305,074 円	水曜日	①	⑧	⑮	⑳	㉙
障害と厚生年金調整	障害厚生年金等の額 円 × 1/264 = 円 <small>(円未満四捨)</small>	給付日額 (A) 支給日数 給付決定額 (円 - 円) × 日 = 円	給付決定額 305,074 円 - 204,776 円 = 100,298 円	木	②	⑨	⑯	㉓	⑳
	給付決定額 305,074 円 - 204,776 円 = 100,298 円	給付決定額 100,298 円	給付決定額 100,298 円	金	③	⑩	⑰	㉔	㉚
※ 支給開始日	※ 前回支給分	※ 今回支給分	土	4	11	18	25		
平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 まで	平成 年 月 日 まで	日	5	12	19	26		
			月	⑥	⑬	20	⑳		
			火	⑦	⑭	⑳	㉘		

② 請求額を計算式により算出してください。（当組合のホームページの請求用紙に金額等を入力すると自動計算されます。）
 また、勤務を要する日のうち、傷病手当金の支給対象日に○印をしてください。

平均標準報酬月額：傷病手当金の支給を始める月（支給開始月）以前の1年間（12ヶ月）の標準報酬月額の平均。
 支給開始月以前の期間が1年間（12ヶ月）未満の場合は次のア、イのいずれか低い金額。
 ア 支給開始月以前の各月の標準報酬月額の平均
 イ 平成27年10月1日の全組合員の平均標準報酬月額の平均額 380,000円（予定）

支給日数：請求期間内に支給された報酬が傷病手当金の給付日額を下回った日数。

控除額：傷病手当金の支給期間中に支給された報酬（給料及び手当）を日額に直した報酬日額。