

傷病手当金請求書

						決定額	※	円
組合員証号 記号・番号	△△△・△△△		組合員氏名	資格喪失していれば記入してください。				
傷病名	○○○○○		資格取得年月日	昭和 平成	△△年△△月△△日	資格喪失年月日	平成 年 月 日	
発病年月日	昭和 平成	△△年△△月△△日	勤務できなくなった最初の日	昭和 平成	△△年△△月△△日	公務・通勤災害適用の有無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	
療養のため勤務できないことに関する医師の証明	上記傷病名により勤務できないことを証明します。 平成 △△年 △△月 △△日 医師 住所 ○○市□□町△-△ 氏名 ○○ ○○							
標準報酬月額	第 △△ 級	請求期間	平成 △△年 △△月 △△日から	請求金額				
	△△△△ 円		平成 △△年 △△月 △△日まで					
年金の種類	年金	年金額	円	支給開始年月	平成	年		
年金の種類	年金	年金額	円	支給開始年月	平成	年		
障害手当金の額	円	障害手当金の支給年月日	平成	年	月			
上記のとおり請求します。 山口県市町村職員共済組合理事長 様 平成 △△年 △△月 △△日 請求者 住所 〒△△△-△△△△ ○○市□□町△-△ 共済 太郎								
所属所により記入、証明してください。任意継続組合員の方は空欄としてください。								
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 ○○市長 所属所長 氏名 山口 次郎								

必ず記入、証明を受けてください。医師による

- [注] 1. 任意継続組合員は、標準報酬月額欄に退職の際の掛金の基礎となった標準報酬月額のほか、任意継続掛金の標準額を記入してください。
 2. ※印欄は記入しないでください。
 3. 組合員証の記号・番号が不明なため該当欄に記入できない場合は、共済組合が定める「個人番号申告票」の添付に代えることができます。

※	給種	210	番号		支給日数	
---	----	-----	----	--	------	--

報酬 (注)との調整	標準報酬月額	給付日額	今回支給日数						
	$\text{円} \times \frac{1}{22} \times \frac{2}{3} \times = \text{円}$ (10円未満四捨五入) (円位未満四捨五入)		(該当日に○印を付する。)						
	給付日額	支給日額	給付額	△ 月 分					
	円 ×	日 =	円	土	1	8	15	22	29
	給付額	控除額	給付決定額	曜日					
	円 -	円 =	円						
年金との調整	年金の額 (A)			日	2	9	16	23	30
	$\text{円} \times \frac{1}{264} = \text{円}$ (円位未満切捨て)			月	3	10	17	24	31
	給付日額 (A)	支給日数	給付決定額						
	円 -	円	円	火	4	11	18	25	
障害手当金の調整	標準報酬月額 (B)			水	5	12	19	26	
	$\text{円} \times \frac{1}{22} \times \frac{2}{3} = \text{円}$			木	6	13	20	27	
	障害手当金の額 (B) (C)			金	7	14	21	28	
	円 ÷ 円 =								
	(小数点以下の端数を切上げ)								
支給再開年月日 平成 年 月 日									
(障害手当金の支給を受けることとなった日から、土曜日、日曜日を除いて (C) 日数を経過した日)									
(B) × (C) 障害手当金の額		支給再開年月日における支給額							
円 -	円 =	円							
※ 支給開始日			※ 前回支給分			※ 今回支給分			
平成 年 月 日分から			平成 年 月 日分まで			平成 年 月 日分まで			

(注) 「報酬」とは、組合員が自己の労務の対償として受け取る給料（基本給）、諸手当等の全てです。ただし、期末・勤勉手当等及び実費弁償的なものである出張旅費・災害派遣手当は除き、地方公共団体の給与条例等において給与として規定されている現物給与（通勤手当に相当するものとして支給される定期券等）を含みます。

傷病手当金
【記入例①】 通常の請求の場合

報酬支給額証明書

【前提】土日が週休日の組合員
27年 8月1日から病気休暇（10割支給）
27年11月1日から病気休職（8割支給）

組合員氏名	共済 太郎	組合員証記号番号	1 2 3 - 4 5 6
-------	-------	----------	---------------

期 間		平成 27 年 10 月 1 日から 31 日まで	平成 27 年 11 月 1 日から 30 日まで	平成 年 月 日から 日まで						
上記期間の支給対象日数		22 日	21 日	日						
給与支給割合 (A)		10 割	8 割	割						
報 酬 ①		報酬日額算定対象額 (① * A)	報酬日額 ()日	報酬日額算定対象額 (① * A)	報酬日額 ()日	報酬日額算定対象額 (① * A)	報酬日額 ()日			
種 別	本来の支給額									
給料	300,000 円	300,000 円		240,000 円		円				
地域手当	0 円	0 円		0 円		円				
	円	円		円		円				
	円	円		円		円				
小 計										
報 酬 ②		左の手当に対する 期間内の支給割合 (B)	報酬日額算定対象額 (② * B)	報酬日額 (22)日	左の手当に対する 期間内の支給割合 (B)	報酬日額算定対象額 (② * B)	報酬日額 (22)日	左の手当に対する 期間内の支給割合 (B)	報酬日額算定対象額 (② * B)	報酬日額 (22)日
種 別	本来の支給額									
扶養手当	19,500 円	1.0	19,500 円		0.8	15,600 円			円	
住居手当	27,000 円	1.0	27,000 円		0.8	21,600 円			円	
寒冷地手当	円		円			円			円	
	円		円			円			円	
	円		円			円			円	
小 計										
報 酬 ③		左の手当に対する 期間内の支給割合 (C)	報酬日額算定対象額 (③ * C)	報酬日額 ()日	左の手当に対する 期間内の支給割合 (C)	報酬日額算定対象額 (③ * C)	報酬日額 ()日	左の手当に対する 期間内の支給割合 (C)	報酬日額算定対象額 (③ * C)	報酬日額 ()日
種 別	本来の支給額									
通勤手当	円		円			円			円	
小 計										
合 計 (報酬 ① + ② + ③)										

平成 27 年 10~11 月の勤務しなかった期間について、上記の金額の報酬を支払ったことを証明します。

平成 △△ 年 △△ 月 △△ 日

所属 所長 又は 職 名 ○○○○
給与 事務 担当者 氏 名 ○○ ○○

(担 割)

傷病手当金

【記入例②】月の途中で支給割合が変わった場合

報酬支給額証明書

【前提】土日が週休日の組合員

27年 8月16日から病氣休暇（10割支給）

27年11月16日から病氣休職（8割支給）

組合員氏名	共済 太郎	組合員証記号番号	1 2 3 - 4 5 6
-------	-------	----------	---------------

期 間		平成 27 年 10 月 1 日から 31 日まで	平成 27 年 11 月 1 日から 15 日まで	平成 27 年 11 月 16 日から 30 日まで			
上記期間の支給対象日数		22 日	10 日	11 日			
給与支給割合 (A)		10 割	10 割	8 割			
報酬 ①		報酬日額算定対象額 (① * A)	報酬日額 ()日	報酬日額算定対象額 (① * A)	報酬日額 ()日		
種 別	本来の支給額						
給料	300,000 円	300,000 円	300,000 円	240,000 円			
地域手当	0 円	0 円	0 円	0 円			
	円	円	円	円			
	円	円	円	円			
小 計							
報酬 ②		左の手当に対する 期間内の支給割合 (B)	報酬日額算定対象額 (② * B)	報酬日額 (22)日	左の手当に対する 期間内の支給割合 (B)	報酬日額算定対象額 (② * B)	報酬日額 (22)日
種 別	本来の支給額						
扶養手当	19,500 円	1.0	19,500 円		1.0	19,500 円	
住居手当	27,000 円	1.0	27,000 円		1.0	27,000 円	
寒冷地手当	円		円			円	
	円		円			円	
	円		円			円	
小 計							
報酬 ③		左の手当に対する 期間内の支給割合 (C)	報酬日額算定対象額 (③ * C)	報酬日額 ()日	左の手当に対する 期間内の支給割合 (C)	報酬日額算定対象額 (③ * C)	報酬日額 ()日
種 別	本来の支給額						
通勤手当	円		円			円	
小 計							
合計 (報酬 ① + ② + ③)							

平成 27 年 10~11 月の勤務しなかった期間について、上記の金額の報酬を支払ったことを証明します。

平成 ΔΔ 年 ΔΔ 月 ΔΔ 日

所 属 所 長 又 は 職 名 ○○○○
給 与 事 務 担 当 者 氏 名 ○○ ○○

担 印