

傷病手当金請求書

局長	課長	係長	係		決定額	傷病手当金	※
課長 専決							円
組合員証 記号		番号		組合員氏名		所属機関名	
資格取得 年月日	昭・平 令 年 月 日			資格喪失 年月日	平・令 年 月 日		
傷病名				発病年月日	平・令 年 月 日		
				勤務でき なくなった 最初の日	平・令 年 月 日		
療養のために 勤務できない ことに関する 医師の証明	令和 年 月 日			所在地 医療機関 名称 医師			
請求期間	令和 年 月 日 から			令和 年 月 日 まで			
標準報酬月額	第 級 円			請求額	円		
退職共済年金 老齢厚生年金	円			支給開始年月	平・令 年 月		
障害基礎年金	() 級 円			支給開始年月	平・令 年 月		
障害共済年金 障害厚生年金	() 級 円			支給開始年月	平・令 年 月		
障害手当金	円			支給年月日	平・令 年 月 日		
介護保健法の 給付を受けて いたとき	保険者番号		被保険者番号		保険者の氏名		
上記のとおり請求します。						共 済 組 合 受 付 印	
鹿児島県市町村職員共済組合理事長 殿 令和 年 月 日							
住所 請求者 氏名							
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 所属所長 氏名							

- 注) 1. 裏面に、給料についての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. 退職老齢年金給付とは、退職共済年金、国民年金老齢基礎年金、厚生年金老齢厚生年金等、退職・老齢を支給事由とする公的年金給付をさします。
 3. ※印欄は記入しないでください。
 4. 提出期限：毎月15日必着（休業つきの翌月）となります。

平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで出勤しなかった期間
 に対して、次の給料を支払ったことを証明する。

平・令 年 月 日 } 間 割 円
 平・令 年 月 日 }

平・令 年 月 日 } 間 割 円
 平・令 年 月 日 }

平・令 年 月 日 } 間 割 円
 平・令 年 月 日 }

令和 年 月 日
 所属所長又は給与事務担当者
 職名
 氏名

今回支給日数（支給対象日に○印を付する）							※傷病手当金支給開始日 平・令 年 月 日
月分							※傷病手当金支給開始前 の組合員期間1年以上 有 ・ 無
曜日							※ 平均標準報酬月額
1	2	3	4	5	6	7	円
8	9	10	11	12	13	14	
15	16	17	18	19	20	21	※ 組合平均標準報酬月額
22	23	24	25	26	27	28	円
29	30	31	給付日数・			日	

標準報酬との調整	※ 平均標準報酬月額	給付日額				
		円	$\times \frac{1}{22}$	$\times \frac{2}{3}$	=	円
	(平均標準報酬日額は、10円未満四捨五入)					
	給付日額	給付日数	給付額		円	
	\times	日	=	円		
	給付額	控除額	給付決定額		円	
	円	-	円	=	円	

障害共済年金調整	※ 障害（共済・厚生）年金等の額	調整日額 (A)				
		円	$\times \frac{1}{264}$	=	円 (1円未満切捨て)	
	給付日額	調整日額 (A)	給付日数	給付決定額		
	(円 - 円)	\times	日	=	円	

障害手当金の調整	※ 退職の際の平均標準報酬月額	給付日額(B)				
		円	$\times \frac{1}{22}$	$\times \frac{2}{3}$	=	円
	(平均標準報酬日額は、10円未満四捨五入)					
	障害手当金の額 (B)	(C)		円 (小数点以下の端数を切上げ)		
	円	\div	円	=	円	
	支給再開年月日 令和 年 月 日 (退職の日の翌日から、土曜日・日曜日を除いて(C)日数を経過した日)	障害手当金の額 支給再開年月日における支給額				
	(B) \times (C)	円		=	円	