

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。

茨城県市町村職員共済組合理事長 様

		入力			
		年 月 日から 年 月 日まで	決定金額 傷病手当金 附加金		
		D-F	円		
請求日	年 月 日	所属所			
組合員証 記号番号					
組合員氏名		取得年月日 喪失年月日	平成 年 月から 等級 短報期 標準月 準額 円…A		
勤務できなくなった最初の日		休職処分のあった日			
年 月 日		年 月 日			
休職期間（任命権者から休職処分が発令された期間）					
年 月 日		年 月 日～ 年 月 日			
療養との に た 関 め す 勤 務 医 で 師 き の 証 明	・傷病名		・発病年月日 年 月 日		
	・傷病の現症状、安静度、その他		・初診年月日 年 月 日		
			・労務可能の見込み時期（必ず記入してください。） 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）		年 月 日		
		住所			
		医師 病院名			
		氏名	印		
障害共済年金		退職共済年金	障害一時金		
金額	円	円	円		
有・無	年 月 日	有・無	年 月 日		
受給開始日					
【給与支払に関する証明】 年 月 日から 年 月 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。 年 月 日 } 間 10 割 円 年 月 日 } 間 8 割 円 年 月 日 } 間 0 割 0 円 年 月 日 （給与事務担当者） 職名 氏名 印		今回請求分 （該当日に○印を付する） 年 月 分 請求回数 回目			
		(支給額の計算) 短期標準報酬月額 短期標準報酬日額 $A \text{ 円} \times \frac{1}{22} = \text{円} \dots B$ (10円未満四捨五入) 支給日額 $B \text{ 円} \times \frac{2}{3} = \text{円} \dots C$ (1円未満四捨五入) 支給日数 請求額 $C \times \text{日} = \text{円} \dots D$		(障害一時金との調整)	
		(障害年金等との調整) 障害年金等の額 $\text{円} \times \frac{1}{264} = \text{円} \dots E$ 支給日数 $E \times \text{日} = \text{円} \text{ (調整額)} \dots F$		支給開始日 年 月 日から 前回支給分 年 月 日まで 今回支給分 年 月 日まで	
		上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 職名 所属所長 氏名 印		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. 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。
4. 請求書は1月につき1枚ずつ作成してください。