

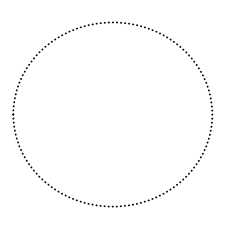
課長	係長	係員

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

		請求日 平成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 1 1 1 - 1 1 1 1 1		請求期間 平成〇〇年〇〇月〇〇日から 平成〇〇年〇〇月〇〇日まで D-F 〇〇〇, 〇〇〇 円		決定金額 傷病手当金 附加金 円	
組合員氏名 共済 太郎 (印)		取得年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日 喪失年月日 年 月 日		短報期標準月準額 平成〇〇年〇〇月から〇〇等級 〇〇〇, 〇〇〇 円…A	
勤務できなくなった最初の日 平成〇〇年〇〇月〇〇日		休職処分があった日 平成〇〇年〇〇月〇〇日		休職期間（任命権者から休職処分が発令された期間） 平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日	
療養の のた に め す 勤 務 医 で 師 き の な 証 明		・傷病名 〇 〇 〇 〇 〇 ・傷病の現症状、安静度、その他 ・今後の経過の見とおし（症状の傾向、治療の見とおし）		・発病年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日 ・初診年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日 ・労務可能の見込み時期（必ず記入してください。） 平成〇〇年〇〇月〇〇日	
この欄は医師が記入します。 請求期間以降の証明が必要です。		住所 〇〇市〇〇町〇-〇 医師 病院名 〇〇〇〇病院 氏名 〇 〇 〇 〇		医 (印)	
障害共済年金		退職共済年金		障害一時金	
金額 有 〇 円 支給開始日 無 年 月 日		金額 有 〇 円 支給開始日 無 年 月 日		金額 有 〇 円 支給開始日 無 年 月 日	
〔給与支払に関する証明〕 平成〇〇年〇〇月〇〇日から平成〇〇年〇〇月〇〇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。 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。		今回請求分 請求回数 〇 回目 祝日も支給対象です。		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	
平成〇〇年〇〇月〇〇日 } 間 10 割 300,000 円 平成〇〇年〇〇月〇〇日 } 平成〇〇年〇〇月〇〇日 } 間 8 割 240,000 円 平成〇〇年〇〇月〇〇日 } 平成〇〇年〇〇月〇〇日 } 間 0 割 0 円		(支給額の計算) 短期標準報酬月額 短期標準報酬日額 $A \text{ 円} \times \frac{1}{22} = \text{〇〇, 〇〇〇 円} \dots B$ (10円未満四捨五入) 支給日額 $B \text{ 円} \times \frac{2}{3} = \text{〇〇, 〇〇〇 円} \dots C$ (1円未満四捨五入) 支給日数 請求額 $C \times \text{〇〇 日} = \text{〇〇〇, 〇〇〇 円} \dots D$		(障害一時金との調整) 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	
平成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 (印)		(障害年金等との調整) 障害年金等の額 円 $\text{円} \times \frac{1}{264} = \text{円} \dots E$ 支給日数 日 = 円 (調整額) … F		受付印 	
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 平成〇〇年〇〇月〇〇日 職名 〇〇市長 所属所長 氏名 〇 〇 〇 〇 (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。