

| | | |
|----|----|----|
| 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）

| | |
|----|----|
| 入力 | |
| | 枝- |

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

| | | | | | |
|-----------------|---------------|----|----------|-----------|---|
| 請求及 び期 間額 | 年 月分 日 ~ 日 | 回目 | 決定 金額 | 傷病 手当金 | 円 |
| | | | 附加金 | | |

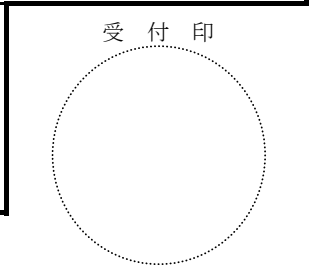
| | | | | | |
|---------------|-----------|-----------|--------------|--------------------------|--|
| 請求日 | 年 月 日 | 所属所 | | | |
| 組合員証 記号番号 | - | | | | |
| 組合員氏名 | 取得 年月日 | 年 月 日 | 短期標準 報酬月額 | 円 | |
| | 喪失 年月日 | 年 月 日 | | | |
| 勤務できなくなった最初の日 | | 休職処分のあった日 | | 休職期間（任命権者から休職処分が発令された期間） | |
| 年 月 日 | | 年 月 日 | | 年 月 日 ~ 年 月 日 | |

| | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|-----|-------------------------------|-------------------------|
| 医 療 機 関 証 明 欄 | 【療養のため勤務できないことに関する医師の証明】 | | 発病年月日 | 年 月 日(頃) |
| | ・傷病名 | | 初診年月日 | 年 月 日 |
| | ・傷病の現症状、安静度、その他 | | 労務不能と認められた期間 | 年 月 日から 年 月 日まで（月単位で記入） |
| | ・症状経過からみて労務不能と認められた医学的所見 | | 労務可能の見込み時期（必ず記入または〇を付してください。） | 年 月 日(頃) ・ 不明 |
| | | | 所在地 | 年 月 日 |
| | | 病院名 | | |
| | | 氏名 | | |

| | | | | | | | |
|--|-------|-------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|
| 老 齡 厚 生 年 金 | | 障 害 厚 生 年 金 | | 障 害 基 礎 年 金 | | 障 害 手 当 金 | |
| 金 額 | 有・無 | 金 額 | 有・無 | 金 額 | 有・無 | 金 額 | 有・無 |
| 受給 開始日 | 年 月 日 | 受給 開始日 | 年 月 日 | 受給 開始日 | 年 月 日 | 受給 開始日 | 年 月 日 |
| 地方公務員災害補償法による通勤災害に係る休業補償、傷病補償年金等の支給（支給予定を含む） | | | | | | 有 ・ 無 | |
| 介護保険法による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 名 称 | |

| | | | | | | | |
|---|----------|---|---------------|--|--|--|--|
| 〔給与支払に関する証明〕（※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。） | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| 年 月 日 | } 間 8 割 | 円 | 年 月 日 | | | | |
| 年 月 日 | | | (給与事務担当者) 職 名 | | | | |
| 年 月 日 | } 間 0 割 | 0 円 | 氏 名 | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | |

| |
|-------------------------|
| 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 |



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いえ、組合に提出してください。
3. 内容審査により給付決定までに時間を要することがありますので、予めご了承ください。

必ず裏面の【チェックリスト】の事項を確認し、チェック欄に✓を入れて提出してください。

【チェックリスト】

| | チェック欄 | |
|---|-------|-----|
| | 組合員 | 所属所 |
| 必要事項はすべて記入されているか。 | | |
| 請求期間は月単位となっているか。(月をまたぐ場合は、請求書を月ごとに分けて提出してください。) | | |
| 組合員氏名欄は自署か。(自署でない場合は本人印が必要です。) | | |
| 「療養のため勤務できないことに関する医師の証明」の証明日は、請求する期間の <u>最後の日の翌日以降</u> になっているか。(令和6年1月31日までの請求をする場合、証明日は令和6年2月1日以降) | | |
| 年金等を受給している場合、年金額を記入しているか。 またその場合、年金額が確認できる書類※は添付してあるか。 (※初回請求時及び年金額に変更があったときは年金証書や送金通知書の写しを添付してください。) | | |
| その他必要な書類(短期組合員の場合は退職辞令、出勤簿、雇用契約書等の写し)は添付してあるか。 | | |

【支給額計算欄】

○支給額の計算

(短期標準報酬月額) (短期標準報酬日額)
 _____ 円 $\times \frac{1}{22} =$ _____ 円
 10円未満四捨五入

 (短期標準報酬日額) (給付日額)
 _____ 円 $\times \frac{2}{3} =$ _____ 円
 1円未満四捨五入

 (給付日額) 支給日数 (給付額)
 _____ 円 \times _____ 日 = _____ 円

対象年月 年 月 分

| 曜日 | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | | | | |
| 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 | | | | |

○報酬との調整

(給付額) (控除額) (給付決定額)
 _____ 円 - _____ 円 = _____ 円

○年金等との調整

(年金等の額)
 _____ 円 $\times \frac{1}{264} =$ _____ 円 (A)
 (給付日額) (A) 支給日数 (給付決定額)
 (_____ 円 - _____ 円) \times _____ 日 = _____ 円

【共済組合記入欄】

○初回リスト入力 ○8割支給 有 ・ 無

○その他特記事項

| 支給開始日 | 前回支給分 | 今回支給分 |
|----------|----------|-------------------------|
| 年 月 日 から | 年 月 日 まで | 年 月 日 まで (請求回数 回目) |