

# 傷病手当金請求書

第113条様式

給種コード	2	1	0	所属機関名	〇〇市									
組合員証記号番号 又は 個人番号	記号	5	0	3	番号	1	2	3	4	5	組合員氏名	共済太郎		
個人番号										資格取得日	平成△△年4月1日			
標準報酬	21	級	月額	360000円							資格喪失日	平成 年 月 日		
請求期間	平成△△年4月1日から 平成△△年4月30日まで									支給日数	21日			
請求金額	229,047円					決定金額		* 円						
傷病名	脳腫瘍			発病年月日	平成△△年1月10日			勤務できなくなった最初の日	平成△△年3月25日					
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						
法第68条第6項に規定する退職老齢年金給付の額	なし			円	支給開始年月		平成 年 月							
障害厚生年金の額	なし			円	支給開始年月		平成 年 月							
国民年金法による障害基礎年金の額	なし			円	支給開始年月		平成 年 月							
障害手当金の額	なし			円	支給年月日		平成 年 月 日							
上記のとおり別添医師の意見書を添え請求します。 群馬県市町村職員共済組合理事長 様 平成 △△年 5月 1日 住所 前橋市元総社町355番地の8 請求者 氏名 共済太郎 (印)														
上記の事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 △△年 5月 2日 職名 〇〇市長 所属所長 氏名 赤木一郎 (印)														

- 組合員証記号番号を記入する場合は、個人番号は記入しないでください。
- 報酬支給額証明書に所属機関の長又は給与事務担当者の証明を受け添付してください。
- 療養のため勤務に服することができない期間中に介護保険法の給付を受けたときは、同法の規定による被保険者証に記載されている保険者番号、被保険者番号及び保険者の名称を記入してください。

所属所  
担当者



\*\*\*\*\* [ 共 済 組 合 記 入 欄 ] \*\*\*\*\*

1 給料との調整

(標準報酬の月額) (標準報酬の日額)  
 \_\_\_\_\_ 円 ×  $\frac{1}{22}$  = \_\_\_\_\_ 円

(標準報酬の日額) (給付日額)  
 \_\_\_\_\_ 円 ×  $\frac{2}{3}$  = \_\_\_\_\_ 円  
(10円未満四捨五入)  
(円未満四捨五入)

(給付日額) (支給日数) (給付額)  
 \_\_\_\_\_ 円 × \_\_\_\_\_ 日 = \_\_\_\_\_ 円

(給付額) (控除額) **給付決定額**  
 \_\_\_\_\_ 円 - \_\_\_\_\_ 円 = \_\_\_\_\_ 円

曜日	月分 ( 日 )				
		1	8	15	22
	2	9	16	23	30
	3	10	17	24	31
	4	11	18	25	
	5	12	19	26	
	6	13	20	27	
	7	14	21	28	

2 障害年金等との調整

(障害年金額等の額)  
 \_\_\_\_\_ 円 ×  $\frac{1}{264}$  = \_\_\_\_\_ 円 (A)

(給付日額) (A) (支給日数) **給付決定額**  
 ( \_\_\_\_\_ 円 - \_\_\_\_\_ 円 ) × \_\_\_\_\_ 日 = \_\_\_\_\_ 円

支 給 開 始 日	前 回 支 給 分	今 回 支 給 分
平成 年 月 日	平成 年 月 日まで	平成 年 月 日まで