

傷病手当金請求書・傷病手当金附加金請求書

						給付決定額※																																											
組合員番号		組合員氏名		所属所名																																													
傷病名																																																	
資格取得年月日		昭和 平成 年 月 日		資格喪失年月日		昭和 平成 年 月 日																																											
発病年月日		平成 年 月 日		勤務できなくなった最初の日		平成 年 月 日																																											
療養のため勤務できないことに関する医師の証明		住所 医師 氏名 (印)																																															
支給開始年月日		平成 年 月 日																																															
請求期間(月分)		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日																																															
標準報酬月額①		等級 (ア) () 円		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																																											
標準報酬月額②		(ア) () 円 × 1/22(10円未満四捨五入) = (イ) () 円																																															
標準報酬月額③(給付日額)		(イ) () 円 × 2/3(円位未満四捨五入) = (ロ) () 円		障害厚生年金の年額 <input type="checkbox"/> (障害共済年金) ⑥		支給額 平成 年 月																																											
報酬月額④		(ウ) 日々の勤務に対して支給されるもの () 円		障害手当金の額 <input type="checkbox"/> (障害一時金) ⑦		請求額 平成 年 月 日																																											
		(エ) 日々の勤務とは関係なく支給されるもの () 円		<input type="checkbox"/> 障害基礎年金額 ⑧		支給額 平成 年 月																																											
報酬日額⑤		日々の勤務に対して支給されるもの (ウ) () 円 × 1 / () 日 = (ロ) () 円		<input type="checkbox"/> 退職老齢年金額 ⑨		支給額 平成 年 月																																											
		日々の勤務とは関係なく支給されるもの (エ) () 円 × 1/22日 = (イ) () 円		<input type="checkbox"/> 受給なし		⑩年金日額 (円位未満切捨て) ⑥+⑧ または⑨ () 円/264 = (イ) () 円																																											
報酬日額 (ロ)+(イ) = () 円(円位未満切捨) …(イ)		年金日額 = () 円(円位未満切捨て) …(イ)																																															
<p>※ 各種支給パターン</p> <p>【障害事由の年金あり及び報酬ありの場合】 年金日額(イ) < 報酬日額(ロ) … 傷病手当金日額-報酬日額(差額を支給)</p> <p>【障害事由の年金なし及び報酬ありの場合】 傷病手当金-報酬日額(差額を支給)</p> <p>【障害事由の年金あり及び報酬なしの場合】 傷病手当金-年金日額(差額を支給)</p> <p>【障害事由の年金なし及び報酬なしの場合】 調整なし</p>																																																	
<p>※給付決定額算定</p> <p>(a) 給付日額 () 円 - (d) 報酬日額 or (e) 年金日額 () 円 = () 円 …(イ)</p> <p>(f) 差額 () 円 × 給付日数 () 日 = () 円 …給付決定額</p>																																																	
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">地方職員共済組合大分県支部長 殿 住所 平成 年 月 日 請求者 氏名 (印)</p>																																																	
所属所受付		<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">職名 所属所長 氏名 (印)</p>																																															
支部分付		() 月分		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>曜日</td><td>曜日</td><td>曜日</td><td>曜日</td><td>曜日</td><td>曜日</td><td>曜日</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	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					<p>支給開始日 平成 年 月 日から</p> <p>前回支給分 平成 年 月 日まで</p> <p>今回支給分 平成 年 月 日まで</p>	
曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	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																																															

※ 年金を受給中のものは、年金振込通知書の写を添付する。
 ※ 給付日数は、当該休業期間のうち土曜日及び日曜日を除いた日数です。
 ※ (ウ) 日々の勤務に対して支給されるもの … 給料、給料の調整額、地域手当
 ※ (エ) 日々の勤務とは関係なく支給されるもの … 管理職特別手当、初任級調整手当、扶養手当、住居手当、通勤手当、単身赴任手当