

記入例

平成28年3月1日～平成28年3月31日に有給休職（8割給付）を取得した場合

様式 3

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	000000	組合員氏名	共済 花子	所属所名	××××
傷病名	△△△△				
資格取得年月日	昭和 平成	平成 00 年 0 月 0 日	資格喪失年月日	昭和 平成	年 月 日
発病年月日	平成 00 年 0 月 0 日	勤務できなくなった最 初の日	平成 00 年 0 月 0 日		
療養のため勤務 できないことに 関する医師の証明	・主治医に傷病手当金請求期間における医師の証明書を 記入してください。(就労できない理由を具体的に記入して もらうこと。) ・医師の証明印も必ず必要です。				勤務できなくなった最初の日は、記載の傷病名により休んだ 最初の日となります。(年休・病 気休暇含む)
支給開始年月日	平成 28 年 3 月 1 日				1月ごとに1枚の請求 書が必要です。
請求期間 (3 月分)	平成 28 年 3 月 1 日 ~ 平成 28 年 3 月 31 日				
標準報酬月額①	25 等級 (7)(470.000) 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
標準報酬日額②	(7)(470.000) 円 × 1/22(10円未満四捨五入) = (イ) (21.360) 円	障害厚生年金 □(障害共済年金) ⑥ の年額	支給額	円	
標準報酬日額③ (給付日額)	(イ) (21.360) 円 × 2/3(円位未満四捨五入) = (a) (14.240) 円	障害手当金 □(障害一時金) の額	請求額	円	
報酬月額④	(ウ) 日々の勤務に対して支給されるもの (282.552) 円	□障害基礎年金額⑧	支給額	円	
	(エ) 日々の勤務とは関係なく支給されるもの (32.000) 円	□退職老齢年金額⑨	請求期間	平成 年 月 日	
報酬日額⑤	日々の勤務に対して支給されるもの (ウ) (282.552) 円 × 1/(23) 日 = (b) (12.284.86) 円	□受給なし	支給開始年月	平成 年 月	
	日々の勤務とは関係なく支給されるもの (エ) (32.000) 円 × 1/22 日 = (c) (1454.54) 円	⑩年金日額 (円位未満切捨て) ⑥+⑧ または⑨ () 円/264 = (e) () 円	支給開始年月	平成 年 月	
報酬日額 (b)+(c) = (13.739) 円(円位未満切捨て)……(d)	年金日額 = (0) 円(円位未満切捨て)……(e)				
※ 各種支給パターン 【障害事由の年金あり及び報酬ありの場合】 年金日額(e) < 報酬日額(d)……傷病手当金日額-報酬日額(差額を支給) 年金日額(e) ≥ 報酬日額(d)……傷病手当金日額-年金日額(差額を支給) 【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)					
※給付決定額算定 (a) 給付日額 14.240 円 - (d) 報酬日額 or (e) 年金日額 13.739 円 = 差額 501 円……(f) (f) 差額 501 円 × 給付日数 23 日 = 11.523 円……給付決定額					
上記のとおり請求します。 地方職員共済組合大分県支部長 殿 平成 28 年 4 月 8 日 請求者 氏名 共済 花子					本人の記名・押印を 願います。
所属所受付	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 職名 〇〇 課長 所属所長 氏名 △△△△				給与所属の所属長の 証明をお願いします。
支部受付	共済組合側で記入します。記入しないでください。				
曜日 曜日 曜日 曜日 曜日 曜日 曜日 支給開始日 29 30 31 平成 年 月 日まで					

※ 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