

課長	課長補佐	主幹・係長	係	関係職員

傷病手当金請求書

組合員証記号番号		組合員氏名		生年月日		所属所名			
				昭和 平成 令和	年 月 日				
傷病名		資格取得年月日		資格喪失年月日					
		昭和 平成 令和		年 月 日		令和 年 月 日			
発病年月日		勤務できなくなった最初の日							
平成 令和		年 月 日		平成 令和				年 月 日	
地方公務員災害補償基金による休業補償給付の有無		1. 有 2. 無 3. 請求中		「有」または「請求中」に○を付けた場合の請求期間		年 月 日 から 年 月 日 まで			
介護保健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		保険者名			
療養のため勤務できないことに関する医師の証明		期間 自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 臨床所見 住所 医師 氏名 (署名又は記名押印)							
標準報酬(短期)		等級		月額		円			
請求期間		支給対象月		支給日数		日			
令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		令和 年 月		年 月		日			
給付種別		請求金額		決定金額					
傷病手当金		円		円					
老齢厚生年金・障害厚生年金・障害基礎年金・障害手当金等の額						支給開始年月			
老齢厚生年金・障害厚生年金等						円 令和 年 月			
障害基礎年金・障害手当金						円 令和 年 月			
老齢厚生年金・障害厚生年金・障害基礎年金等の調整額									
上記のとおり請求します。 静岡県市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 住所 請求者 氏名									
上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。 令和 年 月 日 職名 所属所長 氏名									

- 介護保険法による給付を受けたときは、同法の被保険者証に記載された保険者番号、被保険者番号被保険者名を記入してください。
- 任意継続組合員は、標準報酬欄に退職時の「標準報酬の月額」を記入してください。
- 上記期間の報酬額を確認するため、「報酬支給額証明書」を添付してください。
- 欄は、記入しないでください。