

傷病手当金 請求書  
傷病手当金附加金

※ 決 定 額	円	所 属 コ ー ド	
組 合 員 証 番 号		資 格 取 得 年 月 日	昭和 平成 年 月 日 令和
組 合 員 氏 名		資 格 喪 失 年 月 日	令和 年 月 日
傷 病 名		発 病 年 月 日	平成 令和 年 月 日
		勤務できなくなった最初の日	令和 年 月 日
退職厚生(共済)年金 障害厚生(共済)年金}の年額	円	退職厚生(共済)年金 障害厚生(共済)年金}の支給開始年月	年 月 日
老齢基礎年金 障害基礎年金}の年額	円	老齢基礎年金 障害基礎年金}の支給開始年月	年 月 日
障害手当金の額	円	障害手当金の支給年月	年 月 日
標準報酬月額	第 級		円
請求期間(月単位)	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	休業日数 日
受 取 口 座 ※資格喪失後に給付を受ける場合のみ記入	銀 行 信用金庫 信用組合	普通 支店 当座	口座番号
療養のために 勤務できない ことに関する 医 師 の 証 明	(医師の所見) ----- 令和 年 月 日 医療機関住所 証明者 医療機関名 医師 氏 名		
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合青森支部長 殿 令和 年 月 日 (〒 - ) (☎ - - ) 請求者 住 所 氏 名			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 (〒 - ) (☎ - - ) 所属所所在地 所属所名 所属所長 職 名 氏 名 (所属所受理年月日 令和 年 月 日)			

※給料の調整に関する証明書及び出勤簿の写しを添付してください。

<個人情報の取扱いについて>  
 請求書に記載された個人情報は、給付に必要な業務を遂行するために利用するものです。  
 給付にあたっては、当該個人情報を業務委託先に提供します。  
 <提供先及び提供先における利用目的>  
業務委託業者  
利用目的……給付のための電算処理

傷病手当金  
傷病手当金附加金

請求に係る

## 給料の調整に関する証明書

令和 年 月 日から 日までの間において、組合員 の出勤しなかった期間に対して、下記のとおり給料を支給したことを証明します。

勤務しなかった月の勤務を要する日の総日数 日  
勤務を要する日に勤務しなかった 総日数 日

支給額計 円

令和 年 月 日

所属所（教育事務所）名  
給与事務担当者職・氏名

注 勤務しなかった時間数により給料を減額支給している場合は連絡下さい。

### 給付額計算書

※ 給付の基礎となる標準報酬月額	標準報酬日額 (5円未満切捨、5円以上10円に切上)	区 分	任意控除額
円 ÷ 22 = 円		短期掛金	
標準報酬日額	給付日額	介護掛金	
円 × 2/3 = 円		厚年掛金	
給付日額	年金調整額	退年掛金	
( 円 - 円 ) × 日 = 円	支給日数	貸付償還金	
給付額	控除額	合 計	
円 - 円 = 円	給付決定額	送金額計	

### 給料支給額との調整控除額計算

※ 給料支給額	給料日額	
円 ÷ (20~23) = 円		
給料日額	支給日数	控 除 額
円 × 日 = 円		

### 年金調整額計算

※ 老齢基礎年金 } 年額	退職厚生(共済)年金 } 年額	年金調整額
障害基礎年金 } 年額	障害厚生(共済)年金 } 年額	
( 円 + 円 ) ÷ 264 = 円		

※ 今回支給対象日 月分 日

曜日	1	2	3	4	5	6	7
該当日を○で囲む	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				

※支給開始日	年	月	日から
※前回支給分	令和	年	月 日まで
※今回支給分	令和	年	月 日まで

※印欄は記入しないでください。