

傷病手当金・傷病手当金附加金 請求書
 (互)傷病手当金・(互)治療見舞金

所属所受付印

受付印を必ず
押すこと!

受付印は省略不可

記入例

【添付書類】

- 日常生活等に関する申立書 (様式集 § 10-040)
- 生活能力等についての医師の意見書 (様式集 § 10-039) } 初回請求時及び必要とするとき
 ※ 2は休職中の場合、提出不要
- 報酬支給額証明書 (様式集 § 10-011)、給与明細書
 ※ 請求対象月に係る給与報酬等が支給されているとき (無給の場合は裏面参照)
- 出勤簿の写し

組合員氏名 組合員証番号	所属所名 所属所コード	※決定額 (共済組合・互助組合使用欄)				
広島 一郎	〇〇小学校	共済組合	令和 年 月 分	控除額	傷病手当金	傷病手当金附加金
		互助組合	令和 年 月 分	(互) 傷病手当金	(互) 治療見舞金	
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5					

資格取得年月日	昭・平・令 8年 4月 1日	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日
標準報酬月額	470,000 円	平均標準報酬月額 (裏面参照)	480,000 円
請求期間	令和〇年 4月 15日 から 令和〇年 4月 31日		給付日数 12日
請求金額	174,564 円		

例) 請求金額の計算
 ①平均標準報酬日額の算出【平均報酬月額×1/22】
 480,000×1/22=21,820円 ※10円未満四捨五入
 ②給付日額の算出【①平均報酬日額×2/3】
 21,820円×2/3=14,547円 ※1円未満四捨五入
 ③請求金額の算出【②給付日額×給付日数】
 14,547円×12日=174,564円 ※土日は給付対象外

年金等との調整	障害年金等	厚生年金等の額	
		基礎年金の額	
	障害手当金	障害手当金の額	

傷病名	抑うつ状態		
発病年月日	平成 〇年 1月 10日	勤務できなくなった日	令和 〇年 10月 15日

傷病手当金附加金欄	医師の証明	勤務不能と認められた期間	令和 〇年 4月 15日 から 令和 〇年 4月 30日
		証明日	令和 〇年 5月 1日 (勤務不能と認められた期間を経過してから証明してください。)
	医療機関の名称及び所在地	住所	〇〇市〇〇町〇〇
		医療機関名	〇〇〇クリニック
		医師の氏名	〇 〇 〇 〇

証明日は、勤務不能と認められた期間の終日の翌日以降であることが必要です。

(互)治療見舞金欄	治療名			
	装着年月日	令和 年 月 日	治療年月日	令和 年 月 日
	医師の証明	内容	を治療・装着したことを証明します。	
		証明日	令和 年 月 日	
		住所	〇〇市〇〇町〇〇	
		医療機関名	〇〇〇クリニック	
		医師の氏名	〇 〇 〇 〇	

傷病手当金の調整に係る給与報酬の明細書等を添付のうえ、上記のとおり請求します。

公立学校共済組合広島支部長
 一般財団法人広島県教育職員互助組合理事長 様 請求者住所 〇〇市〇〇町一丁目2-3
 令和 〇年 5月 6日 氏名 広島 一郎

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 〇年 5月 7日 所属所名 〇〇市立〇〇小学校
 所属所長 職・氏名 校長 公立 薫

報酬等非支給証明（請求者が市町費職員で、請求月に給与報酬が0円の場合に記入）

令和____年____月____日から令和____年____月____日まで出勤しなかった期間に対して、給与報酬を支払わなかったことを証明します。

令和____年____月____日

所属機関の長又は 職名

給与事務担当者 氏名

印

請求月に給与報酬が支給されている場合は、全員「報酬支給額証明書」（様式集 § 10-011）による証明が必要です。

平均標準報酬月額（初回請求時に記入）

支給開始日に属する月以前の継続した12月間の標準報酬月額（短期給付）

令和○年 4月（該当月※）	○年 3月（1月前）	○年 2月（2月前）
29 等級 470,000円	29 等級 470,000円	29 等級 470,000円
○年 1月（3月前）	○年 12月（4月前）	○年 11月（5月前）
29 等級 470,000円	29 等級 470,000円	29 等級 470,000円
○年 10月（6月前）	○年 9月（7月前）	○年 8月（8月前）
29 等級 470,000円	29 等級 470,000円	30 等級 500,000円
○年 7月（9月前）	○年 6月（10月前）	○年 5月（11月前）
30 等級 500,000円	30 等級 500,000円	30 等級 500,000円

※該当月は、初回の請求月です。初回の請求月が退職日の属する月の翌月となる場合は、退職日の属する月が該当月となります。

⇒標準報酬月額の平均額

5,760,000 円（12月間の合計額）× 1 / 12 ~ 480,000 円

※この金額を表面の標準報酬月額の平均額に記入

支給開始日に属する月以前の継続した12月間の標準報酬月額が無い場合

① 標準報酬月額の平均額

_____ 円（_____月間の合計額）× 1 / _____ ~ _____ 円

② 共済組合の平均標準報酬月額

_____ 円

※①②のいずれか低い方の金額を表面の標準報酬月額の平均額に記入