

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）  
※ 2は病気休職中の場合、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<br>組合員等番号                                                                    |              | 所属所名<br>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 |  |  |  |  |  |
| 1 2 3 4 5 6                                                                        |              | 1 2 3 4 5                                      |  | 互助組合                                                                                                                                                                                           |  | 令和 年 月 分      |  | (互) 傷病手当金 |  |  |  | (互) 治療見舞金 |  |  |  |          |  |  |  |  |  |
| 資格取得年月日                                                                            |              | 昭・平・令 8年 4月 1日                                 |  | 資格喪失年月日<br>(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<br>(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 30日                   |  | 給付日数                                                                                                                                                                                           |  | 12 日          |  |           |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |  |  |
| 請求金額                                                                               |              | 174,564 円                                      |  | 例) 請求金額の計算<br>①平均標準報酬日額の算出【平均報酬月額×1/22】<br>480,000×1/22=21,820円 ※10円未満四捨五入<br>②給付日額の算出【①平均報酬日額×2/3】<br>21,820円×2/3=14,547円 ※1円未満四捨五入<br>③請求金額の算出【②給付日額×給付日数】<br>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                                        |  |                                                                                                                                                                                                |  |               |  |           |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |  |  |
| (傷共)病<br>(手互)当<br>傷金<br>病手<br>附加<br>金欄                                             | 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 |  |           |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |  |  |
|                                                                                    | 医師の証明欄       | 勤務不能と認めた期間                                     |  | 令和 〇年 4月 15日 から 令和 〇年 4月 30日                                                                                                                                                                   |  |               |  |           |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |  |  |
| (互)治療見舞金欄                                                                          | 証明日          | 令和 〇年 5月 1日 (勤務不能と認め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<br>医療機関名 〇〇〇クリニック<br>医師の氏名 〇 〇 〇 〇 |  |                                                                                                                                                                                                |  |               |  |           |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |  |  |
|                                                                                    | 治療名          |                                                |  |                                                                                                                                                                                                |  |               |  |           |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |  |  |
| (互)治療見舞金欄                                                                          | 装着年月日        | 令和 年 月 日                                       |  | 治療年月日                                                                                                                                                                                          |  | 令和 年 月 日      |  |           |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |  |  |
|                                                                                    | 医師の証明欄       | を治療・装着したことを証明します。                              |  |                                                                                                                                                                                                |  |               |  |           |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |  |  |
|                                                                                    | 証明日          | 令和 年 月 日                                       |  |                                                                                                                                                                                                |  |               |  |           |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |  |  |
| (互)治療見舞金欄                                                                          | 証明日          | 令和 年 月 日                                       |  |                                                                                                                                                                                                |  |               |  |           |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |  |  |
|                                                                                    | 医療機関の名称及び所在地 | 住所 〇〇市〇〇町〇〇<br>医療機関名 〇〇〇クリニック<br>医師の氏名 〇 〇 〇 〇 |  |                                                                                                                                                                                                |  |               |  |           |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |  |  |
|                                                                                    | 治療名          |                                                |  |                                                                                                                                                                                                |  |               |  |           |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |  |  |
| 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 様 請求者住所 〇〇市〇〇町一丁目2-3<br>一般財団法人広島県教育職員互助組合理事長 氏名 広島 一郎<br>令和 〇年 5月 6日 |              |                                                |  |                                                                                                                                                                                                |  |               |  |           |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |  |  |
| 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<br>所属所長 職・氏名 校長 公立 薫                                    |              |                                                |  |                                                                                                                                                                                                |  |               |  |           |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |  |  |

報酬等非支給証明（給与支給担当機関が県教委教職員課職員給与室以外の請求者で、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（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