


療養に関する報告書

(傷病手当金及び傷病手当金附加金請求書用)


療養者	氏名	公立 太郎			性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 54 年 5 月 6 日生				
	住所	〒 123 - 4567 〇〇市△△1丁目2-3				
病歴	発病年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 2 年 3 月 1 日頃 ※下記傷病により最初に医療機関を受診した日				
	傷病名	療養期間			医療機関名	
	〇〇〇病	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 Δ 年 Δ 月 Δ 日から <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで			〇〇〇〇病院	
		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日から <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで				
病気休暇及び休職の状況	発令事項	今回の休職に至る病気休暇等開始年月日 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 3 年 3 月 10 日				
		令和 3 年 3 月 10 日から	<input checked="" type="checkbox"/> 有給休暇(病休) <input type="checkbox"/> 給料半減 <input type="checkbox"/> 8割休職 <input type="checkbox"/> 無給休職 <input type="checkbox"/> その他()			
		令和 3 年 6 月 7 日まで	<input type="checkbox"/> 有給休暇(病休) <input type="checkbox"/> 給料半減 <input checked="" type="checkbox"/> 8割休職 <input type="checkbox"/> 無給休職 <input type="checkbox"/> その他()			
		平成 3 年 6 月 8 日から	<input type="checkbox"/> 有給休暇(病休) <input type="checkbox"/> 給料半減 <input checked="" type="checkbox"/> 8割休職 <input type="checkbox"/> 無給休職 <input type="checkbox"/> その他()			
		令和 4 年 3 月 31 日まで	<input type="checkbox"/> 有給休暇(病休) <input type="checkbox"/> 給料半減 <input type="checkbox"/> 8割休職 <input type="checkbox"/> 無給休職 <input type="checkbox"/> その他()			
		令和 年 月 日から	<input type="checkbox"/> 有給休暇(病休) <input type="checkbox"/> 給料半減 <input type="checkbox"/> 8割休職 <input type="checkbox"/> 無給休職 <input type="checkbox"/> その他()			
		令和 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 有給休暇(病休) <input type="checkbox"/> 給料半減 <input type="checkbox"/> 8割休職 <input type="checkbox"/> 無給休職 <input type="checkbox"/> その他()			
		年 月 日から	<input type="checkbox"/> 有給休暇(病休) <input type="checkbox"/> 給料半減 <input type="checkbox"/> 8割休職 <input type="checkbox"/> 無給休職 <input type="checkbox"/> その他()			
		年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 有給休暇(病休) <input type="checkbox"/> 給料半減 <input type="checkbox"/> 8割休職 <input type="checkbox"/> 無給休職 <input type="checkbox"/> その他()			
		年 月 日から	<input type="checkbox"/> 有給休暇(病休) <input type="checkbox"/> 給料半減 <input type="checkbox"/> 8割休職 <input type="checkbox"/> 無給休職 <input type="checkbox"/> その他()			
備考	(採用以後に上記以外の休職期間がある場合は、全て記入してください。)					
上記のとおり相違ないことを報告します。 令和 4 年 1 月 6 日		報告書の証明年月日は、請求書の本人の請求年月日以後で所属所長の証明年月日以前。				
所在地 〇〇市△△2丁目3-4 所属所名称 〇〇市立△△中学校 長の職・氏名 校長 〇〇 〇〇						

※病歴欄については、発病以来のものをわかる範囲で記入願います。

※病歴や病気休暇及び休職の状況について補足がある場合は、備考欄に記入してください。

報酬支給額証明書

(傷病手当金・同附加金請求用)

組合員証 記号番号	公立北海道 123456	組合員氏名	公立 太郎
上記の者について、令和 3 年 12 月 1 日から令和 3 年 12 月 31 日 までの期間に対し、次の給与報酬等が支給されていることを証明する。			
基本給			
給料	190,548 円		
(うち教職調整額)	(7,849 円)		
(うち給料の調整額)	(円)		
手当等			
扶養手当	円		
地域手当	円		
住居手当	14,400 円		
通勤手当	円		
単身赴任手当	円		
管理職手当	円		
初任給調整手当	円		
義務教育等教員特別手当	円		
へき地(特地)手当	円		
準へき地(準特地)手当	円		
寒冷地手当	円		
	円		
	円		
手当等の計	14,400 円		
令和 4 年 1 月 6 日			
所属所名		〇〇市立△△中学校	
所属所長又は 給与事務担当者	職名	事務主任	
	氏名	〇〇 〇〇	
			

支給開始日の属する月の初日から末日までについて証明してください。

給料+手当等の合計

204,948 円

報酬支給額証明書の証明年月日は、請求書の本人の請求年月日以後で所属所長の証明年月日以前。

記入上の注意事項

- この証明書は、月ごとに作成してください。
- 給与報酬等が支給されている場合は、必ず給料支給明細書の写し(所属所長の原本謄写証明があるもの)を添付してください。