傷病手当金
傷病手当金附加金

請　求　書

決定額	別紙のとおり

所属所受付印

組合員等記号番号	公立茨城　第　　号	フリガナ		所属所名	
		組合員氏名		所属コード	
資格取得年月日	昭和・平成・令和　年　月　日	資格喪失年月日	平成・令和　年　月　日		
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	平成・令和　年　月　日		
療養のため勤務できないことに関する医師の証明	・傷病名　（初診日　年　月　日）				
	勤務不能と認めた期間	令和　年　月　日から令和　年　月　日まで			
	令和　年　月　日 医療機関名及び所在地 医師の氏名　印				
標準報酬月額	等級　円	請求期間	令和　年　月　日 令和　年　月　日	請求金額	円

※1 障害厚生(共済)年金の受給権の有無等	受給権はありません	請求中です	請求予定はありません
※2 地方公務員災害補償法による給付の有無等	給付を受けている	請求中(予定)です	給付を受けていない

厚生(共済)年金の額	円	厚生(共済)年金の支給開始年月	平成・令和　年　月　日
障害基礎年金の額	円	障害基礎年金の支給開始年月	平成・令和　年　月　日
障害手当(一時)金の額	円	障害手当(一時)金の支給開始年月	平成・令和　年　月　日

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合茨城支部長　殿

令和　　年　　月　　日

住 所

請求者　(電話番号)

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

職 名

所属所長

氏名　印

所属所所在地	(〒　　－　　) (電話番号)			
介護保険法に関する事項	被保険者証に記載された保険者番号			
	被保険者番号		保険者の名称	

(注)　1　障害厚生(共済)年金の受給権の有無等欄は、該当する箇所に○を記入してください。
　　2　請求中、請求予定の場合で受給するに至った場合は速やかにご連絡ください。
　　3　医師の証明欄の日付は、請求期間の翌月の日付で受けてください。
　　4　請求書は月ごとに一枚の取り扱いになります。裏面もコピーしてください。

勤務できなくなった日からの証明

令和　　年　　月　　日から　令和　　年　　月　　日まで 勤務しなかった期間について次のとおり証明する。

年　月　日から 年　月　日まで	10　割期間	年　月　日から 年　月　日まで	割期間
年　月　日から 年　月　日まで	8　割期間	年　月　日から 年　月　日まで	割期間
年　月　日から 年　月　日まで	割期間	年　月　日から 年　月　日まで	割期間

標準報酬月額の平均額の算定

傷病手当金の支給開始日の属する月から過去1年間の標準報酬月額について、次のとおりです。

支給開始日の属する月の標準報酬月額 支給開始日　（令和　　年　　月　　日）	円	

支給開始日の属する月以前の過去1年間の標準報酬月額	円	年　月　から	年　月　まで
	円	年　月　から	年　月　まで
	円	年　月　から	年　月　まで

令和　　年　　月　　日

所属所の長又は　職名
給与事務担当者　氏名　　印

平均報酬月額の算出

※平均標準報酬月額

※傷病手当金等の算出

標準報酬月額の平均額　　円
（1円未満四捨五入）

円（標準報酬月額の平均額（平均標準報酬月額））　×$\frac{1}{22}$ ＝　　円（標準報酬日額(10円未満四捨五入)）

円（平均標準報酬日額）　×$\frac{2}{3}$ ＝　　円（給付日額(1円未満四捨五入)）

円（給付日額）　×　　日（給付日数）　＝　　円（給付額）

円（給付額）　－　　円（控除額）　＝　　円（給付決定額）

※　今回支給日数　　月分

曜日					
	1	8	15	22	29
	2	9	16	23	30
	3	10	17	24	31
	4	11	18	25	
	5	12	19	26	
	6	13	20	27	
	7	14	21	28	

※障害厚生年金等との調整

厚生(共済)年金	円
障害基礎年金	円
障害手当(一時)金	円
	円
	円

※金額の合計　　年金日額

円（※年金日額）　× 1/264 =　　円（※支給日数）　（※控除額）

円　×　　日　＝　　円

※給料との調整

給料月額	円	教職調整額	円
給料の調整額	円	扶養手当	円
地域手当	円	住宅手当	円
	円	教員特別手当	円
	円	通勤手当	円
	円		円
①合計　円×1/ ＝	円	②合計　円×1/ ＝	円

①＋②×支給日数

①

②

③合計

③×支給日数

×　　日

＝　　円

※支給開始日	※前回支給分	※今回支給分
令和　年　月　日	令和　年　月　日	令和　年　月　日

（注）1　所属所の長又は給与事務担当者の証明を受けたうえ、提出してください。
2　※印欄は記入しないでください。
3　障害（退職）厚生（共済）年金、障害基礎年金、障害手当（一時）金等受給者は、年金証書等の写しを添付してください。
任意継続組合員の方の「標準報酬月額」欄は、退職した時点の標準報酬月額を記入してください。
4　請求者が介護保険等の該当者である場合には、必要事項を記入のうえ、番号を確認できるもののコピーを添付してください。
5　地方公務員災害補償法による給付を受けている場合には、支給額の確認できる書類の写しを添付してください。