

共済組合受付印

傷病手当金請求書
（令和 年 月分）

組合員資格区分	
1	組合員
2	任意継続組合員
3	その他（元組合員）

組合員氏名	組合員番号	公立島根
標準報酬の等級及び月額	第 級 円	生年月日 元号 年 月 日
請求期間	令和 年 月 日から	請求日数 日 請求金額 円
	令和 年 月 日まで	勤務できなくなった最初の日 令和 年 月 日

※ 非常勤職員の場合、初回請求時の「勤務できなくなった最初の日」欄に記載された日が、医師が証明した「労務不能と認めた期間」に含まれていない場合、別途状況のわかるものを求める場合があります。

組合員資格取得の日	昭 平 令 年 月 日	組合員資格喪失の日	令和 年 月 日
介護保険の被保険者	保険者番号	介護保険の保険者名称	
	被保険者番号		
障害厚生（共済）年金	支給額 円	支給開始年月	年 月
障害基礎年金	支給額 円	支給開始年月	年 月
退職（老齢）年金	支給額 円	支給開始年月	年 月

※ これらの年金を受給されている（される）場合は、傷病手当金の初回請求時、年金決定時、年金改定時のタイミングで最新の年金額のわかる書類の添付が必要です。

休業補償（公務災害）	有 無
------------	-----

療養のために 勤務できない 証明	傷病名	初診日	年 月 日
	労務不能と認めた期間	※ 証明日以前の期間についてご記入ください。 年 月 日 ～ 年 月 日	
	令和 年 月 日 住所 医師 医療機関名 氏 名 ⑩		

上記のとおり請求します。
公立学校共済組合島根支部長 様
令和 年 月 日 住所
請求者 氏 名
（自署によらない場合は押印が必要です。）

所属所受付印	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 所属所名 所属所長職氏名 公印
--------	--

注： 1 裏面に所属所長又は給与事務担当者の証明を受けてください。
2 請求書は、各月ごとに提出してください。
3 介護保険の被保険者欄は、介護保険法による給付を受けている組合員のみ記入してください。
4 地方公務員等共済組合法第48条第1項により、上記手当金等から掛金を控除できるようになってはいますが、他の納付方法（振込書による支払い）を希望される場合は事前にご連絡ください。 (R6.12)

(裏面)

報酬支払額証明書											
期 間		令 和 年 月			日 从	令 和 年 月			日 从		
					日 从				日 从		
上 記 期 間 の 支 給 対 象 日 数					日				日		
給 与 支 給 割 合					割				割		
報酬①											
種 別	本 来 の 支 給 額	支 給 実 績				支 給 実 績					
給 料	円	円				円					
	円	円				円					
	円	円				円					
合 計		円				円					
報酬②											
種 別	本 来 の 支 給 額	本 来 の 支 給 額	×	左 の 手 当 に 対 す る 期 間 内 の 支 給 割 合	本 来 の 支 給 額	×	左 の 手 当 に 対 す る 期 間 内 の 支 給 割 合				
給 料 の 調 整 額	円	×	=	円	×	=	円				
教 職 調 整 額	円	×	=	円	×	=	円				
扶 養 手 当	円	×	=	円	×	=	円				
住 居 手 当	円	×	=	円	×	=	円				
	円	×	=	円	×	=	円				
	円	×	=	円	×	=	円				
	円	×	=	円	×	=	円				
合 計		円				円					
令和 年 月 日											
職 名											
所 属 所 長 (又 は 給 与 事 務 担 当 者)											
氏 名											
印											
※給料との調整	標準報酬月額	給付日額				※今回支給日数 (該当日に○印を付する) 月分					
	円 × $\frac{1}{22} \times \frac{2}{3} =$	円				曜日	1	8	15	22	29
	給付日額	控除額 (報酬支給額) 給付日数					2	9	16	23	30
	(円 - 円) × 日						3	10	17	24	31
	給付決定額						4	11	18	25	
	= 円						5	12	19	26	
							6	13	20	27	
							7	14	21	28	
※年金との調整	障害厚生年金等の額 (A)					※年金支給開始年月					
	円 × $\frac{1}{264} =$ 円					年 月					
	(給付日額 (A)) 支給日数 給付決定額										
(円 - 円) × 日 = 円											
※ 支 給 開 始 日			※ 前 回 支 給 分			※ 今 回 支 給 分					
令和 年 月 日 从			令和 年 月 日 从			令和 年 月 日 从					
※ 支 給 満 了 日											
令和 年 月 日 从											

※印欄は、記入しないでください。

共済組合受付印

傷病手当金請求書

(令和00年10月分)

記入例

組合員資格区分

- 1 組合員
- 2 任意継続組合員
- 3 その他(元組合員)

組合員氏名

公立 花子

組合員番号

公立島根

10123456

標準報酬の等級及び月額

第 級
ひと月単位で記入

生年月日

元号

年

月

日

3

6

0

0

1

0

1

請求期間

年号

令和

00

年

1

0

月

0

1

日

から

請求日数

日

請求金額

円

年号

令和

00

年

1

0

月

3

1

日まで

勤務できなくなった

最初の日

令和

00

年

9

月

28

日

※ 初回請求時は、「勤務できなくなった最初の日」欄に記載された日が、医師が証明した「労務不能と認められた日」のものを求める場合があります。

組合員資格取得の日

昭平令

年

月

日

組合員喪失の日

年

月

日

非常勤職員は初回請求時に必ず記入

介護保険の被保険者

保険者番号

被保険者番号

介護保険

保険者名称

障害厚生(共済)年金

支給額

円

支給開始年月

年

月

障害基礎年金

支給額

円

支給開始年月

年

月

退職(老齢)年金

支給額

円

支給開始年月

年

月

※ これらの年金を受給されている(される)場合は、傷病手当金の初回請求時、年金決定時、年金改定時のタイミングで最新の年金額のわかる書類の添付が必要です。

休業補償(公務災害)

有

無

療養のため勤務できない医師の証明

傷病名

000000

初診日

00

年

9

月

28

日

労務不能と認められた期間

※ 証明日以前の期間についてご記入ください。

00

年

9

月

28

日

~

00

年

10

月

31

日

請求期間に勤務できないことについて、請求期間の翌月以降に医師の証明を受けたものを提出すること。

令和

00

年

11

月

5

日

住所

松江市00町456

医師

医療機関名

00

医院

氏名

00

00

〇〇医院

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合島根支部長様

令和

00

年

11

月

5

日

住所

松江市00町123

請求者

「所属所受付印」欄及び「所属所長の証明」欄は資格喪失後の傷病手当金を請求する場合は不要。

所属所受付印

請求書は、事実と相違ないものと認めます。

2000.11.0

収受

〇〇小学校

令和

00

年

11

月

10

日

所属所名

〇〇小学校

所属所長職氏名

校長 公立 太郎

〇

〇

小

学

校

長

公

印

注: 1 裏面に所属所長又は給与事務担当者の証明を受けてください。

2 請求書は、各月ごとに提出してください。

3 介護保険の被保険者欄は、介護保険法による給付を受けている組合員のみ記入してください。

4 地方公務員等共済組合法第48条第1項により、上記手当金等から掛金を控除できるようになっていますが、他の納付方法(振込書による支払い)を希望される場合は事前にご連絡ください。

(R6.12)

