

傷病手当金請求書

照 合	係

決 定 額	※ 円
-------	-----

組合員証 記号番号		組 合 員 氏 名		所 属 機 関 名	
傷 病 名	資格取得年月日			昭和	年 月 日
	資格喪失年月日			平成	年 月 日
発 病 年 月 日	平成	年 月 日	勤務できなくなった 最 初 の 日	平成	年 月 日
勤務不能と 認められた期間	平成	年 月 日から	平成	年 月 日まで	日 間
療養のため 勤務できないことに関 する医師の 証 明	住 所				
	医 師 氏 名 (印)				
標準報酬の 等級及び 月 額	第 級	請求 期間	平成	年 月 日から	請求金額
	円		平成	年 月 日まで	円
障 害 給 付	障害厚生年金額		円	支給開始年月	平成 年 月
	障害基礎年金額		円	支給開始年月	平成 年 月
	障害手当金額		円	支給年月日	平成 年 月 日
退 職 老 齢 年 金 給 付	老齢基礎年金額		円	支給開始年月	平成 年 月
	()		円	支給開始年月	平成 年 月
	()		円	支給開始年月	平成 年 月
上記のとおり請求します。					
愛知県市町村職員共済組合理事長 様					
平成 年 月 日					
住 所					
請 求 者					
氏 名 (印)					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。					
平成 年 月 日					
職 名					
所属所長					
氏 名 (印)					

捨印

- 1 ※欄は記入しないでください。
- 2 退職老齢年金給付欄の () には、支給を受けている退職老齢年金種別を記入してください。
退職老齢年金給付とは、老齢厚生年金等、退職又は老齢を支給事由とする年金をいいます。