照合	係

傷病手当金請求書

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 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
勤務不能と認めた期間	平成・令和　年　月　日から 平成・令和　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　㊞				
標準報酬の等級及び月額	第　級 円	請求期間	平・令　年　月　日から 平・令　年　月　日まで	請求金額	円
障害給付	障害厚生年金額	円	支給開始年月	平成・令和　年　月	
	障害基礎年金額	円	支給開始年月	平成・令和　年　月	
	障害手当金額	円	支給年月日	平成・令和　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・令和　年　月	
	(　　)	円	支給開始年月	平成・令和　年　月	
	(　　)	円	支給開始年月	平成・令和　年　月	

捨印

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

令和　　年　　月　　日

住所
請求者
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

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。