

※請求書は1か月につき1枚でお願いします

照合	係

傷病手当金請求書

決定額 ※ 円

組合員証 記号番号	〇〇〇-〇〇	組合員 氏名	共済 太郎		所属 機関名	〇〇市役所	
傷病名	脳梗塞		資格取得年月日	昭和 平成 令和	〇〇年 〇〇月 〇〇日		
			資格喪失年月日	平成 令和	年 月 日		
発病 年月日	平成 令和	〇〇年 〇〇月 〇〇日		勤務できなくなった 最初の日	平成 令和	〇〇年 〇〇月 〇〇日	
勤務不能と 認められた期間	平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日から 平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで		30日間				
療養のため 勤務できないこと に関する医師の 証明	今回の請求期間を記入してください。						
	今回の傷病で休み始めた日 を記入してください。						
	勤務できない状況を主治医が記入してください。						
標準報酬の 等級及び 月額	第〇〇級 〇〇〇,〇〇〇円	請求 期間	平成・令和 〇〇年 4月 1日から 平成・令和 〇〇年 4月 30日まで	請求金額	〇〇〇,〇〇〇円		
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		
上記のとおり請求します。							
現在受給している年金等があれば記入してください。							
愛知県市町村職員共済組合理事長 様							
令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日							
住所 〇〇市〇〇町〇〇							
請求者 氏名 共済 太郎 (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 〇〇年 〇〇月 〇〇日							
職名 〇〇市長							
所属所長 氏名 〇 〇 〇 〇 (印)							

捨印

- ※欄は記入しないでください。
- 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。