

※請求書は1か月につき1枚でお願いします。

傷病手当金請求書

照 合	係

決定額	※	円
-----	---	---

組合員証 記号番号	〇〇〇-〇〇〇	組 合 員 氏 名	共 濟 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 〇〇年 〇〇月 〇〇日		平成 年 月 日	
			資格喪失年月日	平成 年 月 日			
発 病 年 月 日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日		勤務できなくなった 最 初 の 日		平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
勤務不能と 認められた期間	平成 〇〇年 4 月 1 日から 平成 〇〇年 4 月 30 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。						
			住 所 〇〇市〇〇町〇〇				
	医 師		氏 名 〇 〇 〇 〇		⑩		
標準報酬の 等級及び 月 額	第〇〇級	請求 期間	平成〇〇年 4 月 1 日から		請求金額	〇〇〇, 〇〇〇 円	
	〇〇〇, 〇〇〇 円		平成〇〇年 4 月 30日まで				
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 齡 年 金 給 付	老齡基礎年金額	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。		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							
平成 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 濟 太 郎 ⑩					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。							
平成 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 ⑩					

捨印

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