

照 合	係

傷病手当金請求書

決定額 ※ 円

組 合 員 氏 名		記 号 番 号	—	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			令 和	年 月 日
発 病 年 月 日	令 和 年 月 日	勤 務 でき なく な っ た 最 初 の 日		令 和 年 月 日	
勤 務 不 能 と 認 め た 期 間	令 和 年 月 日 から	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	請 求 期 間	令 和 年 月 日 から 令 和 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 齡 年 金 給 付	老 齡 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
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">愛知県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 請 求 者 氏 名</p>					
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職 名 所 属 所 長 氏 名</p>					

- 1 ※印欄は記入しないでください。
- 2 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。