

※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 名 組 氏 名	共 済 太 郎		記 号 番 号	〇〇〇 — 〇〇〇〇	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	令 和	年 月 日	
発 年 月 日	令 和	〇年 〇〇月 〇〇日	勤 務 でき なく な っ た 最 初 の 日	令 和	〇年 〇〇月 〇〇日		
勤 務 不 能 と 認 め た 期 間	令 和	〇年 〇〇月 〇日 から	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。						
	勤務できない旨とその状況及び医学的な所見について、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						
標 準 報 酬 の 等 級 及 び 月 額	第 〇〇級	請 求 期 間	令 和 〇年 〇〇月 〇〇日 から	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 手 当 金 額	円	支 給 開 始 年 月	平 成 ・ 令 和	年 月		
	障 害 補 償 金 額	円	支 給 開 始 年 月	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。 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 請 求 者 住 所 〇〇市〇〇町〇〇 氏 名 共 済 太 郎 待機期間を除いた期間を記入してください。							
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。