

傷病手当金請求書

共済組合

所属所

受付年月日

受付年月日

				※ 決 定 額	円	
組合員等	記号 ○○○	フリガナ	○○ ○○	所属機関	名称	○○○
	番号 ○○○	組合員氏名	○○ ○○		所在地	○○○
生年月日	昭和 平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	資格取得日	昭和 平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	組 合 員	任 意 繼 続 組 合 員	
		資格喪失日	昭和 平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日		令和 年 月 日	
傷病名	○○○○○	勤務できなくなった最初の日		令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日		
発 病 年 月 日	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	請求期間	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日から	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日まで		
標準報酬月額(短期)	○等級 ○○○,○○○ 円	請求金額	円			
介護保険法による給付を受けたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者の名称			
障害厚生年金の額		支給開始年月	令和 年 月			
国民年金法による障害基礎年金の額	該当の場合はご記入ください	支給開始年月	令和 年 月			
障害手当金の額		支給年月日	令和 年 月 日			
退職老齢年金給付の額		支給開始年月	令和 年 月			
請求期間に対する報酬の支給の有無 (いずれかに○をしてください)	有	(別添、報酬支給額証明書のとおり)				
	無	所属機関の長又は給与事務担当者 職名 ○○ 氏名 ○○ ○○				
上記のとおり請求します。						
鳥取県市町村職員共済組合理事長様						
令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 請求者 住 所 ○○○○○○○○○○○						
氏 名 ○○ ○○						

1 報酬の支給の有無欄は、所属機関の長または給与事務担当者の証明を受けてください。また保険医の意見書を添付してください。

2 療養のため勤務に服することができない期間中に介護保険法による給付を受けたときは、同法の規定による被保険者証に記載されている保険者番号、被保険者番号及び保険者の名称を記入してください。

3 ※印欄は記入しないでください。

※決裁		事務局長	事務局次長	課 長	合 議	主 査

【 傷病手当金の算定方法について 】

$$\text{給付額} = \text{標準報酬日額 (*)} \times 2/3 \times \text{支給対象日数}$$

* 標準報酬日額

1. 支給開始日以前の組合員期間が 12 月以上の場合

- 支給開始日の属する月以前 12 月の標準報酬月額の平均 ÷ 22 日

※退職に伴い、支給開始となる場合は、退職月以前の 12 か月の平均標準報酬日額を算定します。

例) 3月 31 日退職の場合→前年 4月から当年 3月までの平均標準報酬の月額 ÷ 22 日

2. 支給開始日以前の組合員期間が 12 月末満の場合

- 次の①、②のいずれか低い額 ÷ 22 日

①支給開始月以前の平均標準報酬の月額

②共済組合の平均標準報酬の月額 (360,000円)