

課長	課長補佐	主幹・係長	係	関係職員

### 傷病手当金請求書

組合員証記号番号		組合員氏名		生年月日		所属所名	
○	○	○	静岡 太郎	昭和 平成 令和	○	○	○市
傷病名		資格取得年月日		資格喪失年月日			
うつ病		昭和 平成 令和 ○○年○月○日		令和 年 月 日			
発病年月日		勤務できなくなった最初の日					
平成 令和 ○○年○月○日		平成 令和 ○○年○月○日					
地方公務員災害補償基金による休業補償給付の有無	1. 有 2. 無 3. 請求中		「有」または「請求中」に○を付けた場合の請求期間		年 月 日 から 年 月 日 まで		
介護保健法による給付を受けていたとき	保険者番号		被保険者番号		保険者名		
療養のため勤務できないことに関する医師の証明	期間 自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日		臨床所見 医師の証明には「勤務できない・就労不可能である」等のコメントが必要になります。		住所 医師 氏名 (署名又は記名押印)		
標準報酬(短期)	等級	○	月額	○	○	○	円
請求期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	支給対象月	令和 年 月	支給日数		日	
給付種別	請求金額		決定金額				
傷病手当金	○○○○○○○ 円						円
老齢厚生年金・障害厚生年金・障害基礎年金・障害手当金等の額				支給開始年月			
老齢厚生年金・障害厚生年金等				円		令和 年 月	
障害基礎年金・障害手当金				円		令和 年 月	
老齢厚生年金・障害厚生年金・障害基礎年金等の調整額							
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>静岡県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日</p> <p>請求者 住所 ○○市○○町1-2-3</p> <p>氏名 静岡 太郎</p>							
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。</p> <p>令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日</p> <p>職名 ○○市長</p> <p>所属所長 氏名 ○○ ○○</p>							

- 介護保険法による給付を受けたときは、同法の被保険者証に記載された保険者番号、被保険者番号被保険者名を記入してください。
- 任意継続組合員は、標準報酬欄に退職時の「標準報酬の月額」を記入してください。
- 上記期間の報酬額を確認するため、「報酬支給額証明書」を添付してください。
- 欄は、記入しないでください。