共済組合用

提出様式
- **初回請求時:「傷病手当金請求書」「同意書」「報酬支払いに関する証明」「医師の証明」**
- **2回目以降 :「傷病手当金請求書」「報酬支払いに関する証明」「医師の証明」**

係

傷病手当金 / 傷病手当金附加金 請求書

決定額	※ 円

組合員証記号番号	100 ― 8888	組合員氏名	共済 太郎	所属所名	○ ○ 市
傷病名	○ ○ ○ 病	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		
平均標準報酬月額	340,000 円	請求期間	令和 ○ 年 4 月 1 日 から 令和 ○ 年 4 月 30 日 まで	請求金額	円
年金の状況	現在、年金を受給していますか。		☐ はい ☑ 請求中（予定） ☐ いいえ		

	年金の種類	支給額（年額）	支給開始年月
受給中又は手続き中の年金について、右枠に記載してください。	（障害・老齢）厚生年金	円	令和 年 月
	（障害・老齢）基礎年金	円	令和 年 月
障害手当金の額	円	支給年月日	令和 年 月 日

上記のとおり請求します。

山形県市町村職員共済組合理事長 様

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

請求者
住所 ○○市○○町○丁目○番○号
氏名 共済 太郎

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

所属所受付印

職名 ○ ○ 市 長
所属所名
氏名 ○ ○ ○ ○

(R6.4.1)

所属所担当者確認欄				
添付書類一覧 （記入・証明を受けたものを提出）	報酬支払いに関する証明		療養のため勤務できないことに関する医師の証明	
	出勤簿・給与明細書の写し		（初回のみ）同意書	

※ 月ごとに請求してください。（原則、ひと月当たり１枚の請求書で請求）
※ 年金の支給が決定した場合は年金証書の写しを、年金額の改定が通知された場合は年金額改定通知書の写しを添付してください。
※ 休業日数は土日のみを除いた日数です。（祝祭日及び年末年始休暇は休業日数に含まれます。）
※ 「決定額」は、記入しないでください。
※ 出勤簿・給与明細の写しは省略できる場合があります。

（報酬支払いに関する証明）

有給の病気休暇が終了し、初回の請求を行う場合
無給に至る経過がわかるように記入（2回目以降は、請求月のみ証明を記入）

令和 ○ 年 4 月 の勤務しなかった期間に対して、次の金額の報酬を支払ったことを証明する。

期間			令和○年12月25日 から 令和○年 3月31日 まで	令和○年4月 1日 から 令和○年3月31日 まで	令和○年4月 1日 から 令和○年4月30日 まで
給与支給割合			10 割	8 割	0 割
種別		本来の支給額	支給実績	支給実績	支給実績
①	給料月額	300,000 円	968,000 円	2,880,000 円	0 円
		円	円	円	円
②	通勤手当	20,000 円	円	円	円
	扶養手当	20,000 円	64,500 円	48,000 円	0 円
	寒冷地手当	円	円	円	円
		円	円	円	円

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

所属機関の長又は給与事務担当者

職名 ○ ○ 市 長

氏名 ○ ○ ○ ○

☑ 「報酬支払いに関する証明」について確認しました。

※ 共 済 組 合 使 用 欄

給料との調整

平均標準報酬月額 円 × $\frac{1}{22}$ ＝ 報酬日額（10円未満四捨五入） 円

平均標準報酬の日額 円 × $\frac{2}{3}$ ＝ １日あたり給付額（円未満四捨五入） 円

１日あたり給付額 円 × 支給日額 日 ＝ 給付決定額 円

給付決定額 円 － 控除額 ＝ 円

年金との調整

障害（老齢）厚生年金 障害（老齢）基礎年金

（ 円 ＋ 円） × $\frac{1}{264}$ ＝ （A） 円

（A） × 日数 日 ＝ 決定額（円未満切捨て） 円

障害手当金との調整

退職の際の掛金の標準となった給料 円 × $\frac{1}{22}$ × $\frac{2}{3}$ ＝ （B） 円

障害手当金の額 ÷ （B） 円 ＝ （C） 日
（小数点以下の端数切上げ）

支給開始年月日 令和 年 月 日
（退職した日の翌日から、土日を除いて（C）日数を経過した日）

（B）×（C） 円 － 障害手当金の額 円 ＝ 支給開始年月日における支給額 円

支給対象日					
令和 年 月分					
曜日	1	8	15	22	29
	2	9	16	23	30
	3	10	17	24	31
	4	11	18	25	
	5	12	19	26	
	6	13	20	27	
	7	14	21	28	

支給期間
令和 年 月 日分から
令和 年 月 日分まで
前回支給分
令和 年 月 日分まで
今回支給分
令和 年 月 日分まで

（報酬支払いに関する証明）

休業月に報酬がある場合（勤務、復職期間についても記入）

令和 ○ 年 4 月 の勤務しなかった期間に対して、次の金額の報酬を支払ったことを証明する。

期間		令和○年4月 1日 から 令和○年4月10日 まで	令和○年4月11日 から 令和○年4月30日 まで	から まで
給与支給割合		10 割	0 割	割
種別	本来の支給額	支給実績	支給実績	支給実績
① 給料月額	200,000 円	72,727 円	0 円	円
	円	円	円	円
② 通勤手当	10,000 円	10,000 円	円	円
扶養手当	円	円	円	円
寒冷地手当	円	円	円	円
	円	円	円	円

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

所属機関の長又は給与事務担当者

職名 ○ ○ 市 長

氏名 ○ ○ ○ ○

☑ 「報酬支払いに関する証明」について確認しました。

※ 共 済 組 合 使 用 欄

給料との調整

平均標準報酬月額 円 × $\frac{1}{22}$ ＝ 報酬日額（10円未満四捨五入） 円

平均標準報酬の日額 円 × $\frac{2}{3}$ ＝ １日あたり給付額（円未満四捨五入） 円

１日あたり給付額 円 × 支給日額 日 ＝ 給付決定額 円

給付決定額 円 － 控除額 ＝ 円

年金との調整

障害（老齢）厚生年金 障害（老齢）基礎年金

（ 円 ＋ 円） × $\frac{1}{264}$ ＝ （A） 円

（A） × 日数 日 ＝ 決定額（円未満切捨て） 円

障害手当金との調整

退職の際の掛金の標準となった給料 円 × $\frac{1}{22}$ × $\frac{2}{3}$ ＝ （B） 円

障害手当金の額 （B） 円 ÷ ＝ （C） 日（小数点以下の端数切上げ）

支給開始年月日 令和 年 月 日
（退職した日の翌日から、土日を除いて（C）日数を経過した日）

（B）×（C） 円 － 障害手当金の額 円 ＝ 支給開始年月日における支給額 円

支給対象日					
令和 年 月分					
曜日	1	8	15	22	29
	2	9	16	23	30
	3	10	17	24	31
	4	11	18	25	
	5	12	19	26	
	6	13	20	27	
	7	14	21	28	

支給期間
令和 年 月 日分から
令和 年 月 日分まで
前回支給分
令和 年 月 日分まで
今回支給分
令和 年 月 日分まで

（傷病手当金請求用）

組合員 氏　名	共済　太郎	組合員 生年月日	昭和 平成	○　年　○　月　○　日

療養のため勤務できないことに関する医師の証明

以下は医療機関が記入（請求者、所属所事務担当者は記入しないでください。）

傷

発症

初診

勤務
認め

発病又

上記期

症状経

医療機関へ記入を依頼してください。
疑義が生じた場合、医療機関へ照会、または証明を無効とする場合があります。

上記のとおり療養のため勤務できなかったことを証明する。

令和　　年　　月　　日

所在地

医療機関　　名　称

電話番号　　－　　－

医師名

※　「療養のため勤務不能と認めた期間」の末日以降に証明を受けてください。
※　証明内容について、山形県市町村職員共済組合が医療機関へ照会する場合があります。