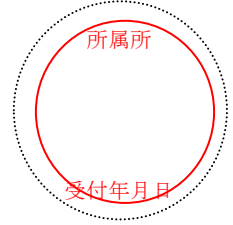
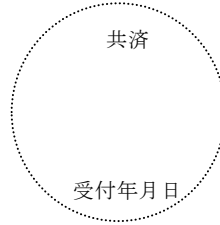


傷病手当金請求書



		※ 決 定 額		円	
組合員証	記号	フリガナ	組合員氏名	所属機関	名称
	番号				所在地
生年月日	昭和 平成	〇〇年〇〇月〇〇日	資格取得日	昭和 平成	〇〇年〇月〇日
			資格喪失日	平成	〇〇年〇月〇日
			任意継続組合員	平成	〇〇年〇月〇日
傷病名	〇〇〇〇〇		勤務できなくなった最初の日	平成	〇〇年〇月〇日
発病年月日	平成	〇〇年〇月〇日	請求期間	平成 〇〇年 〇月 〇日から 平成 〇〇年 〇月 〇日まで	
標準報酬月額(短期)	〇等級	〇〇〇,〇〇〇 円	請求金額	〇〇〇,〇〇〇 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	円		支給開始年月	平成	年 月
国民年金法による障害基礎年金の額	円		支給開始年月	平成	年 月
障害手当金の額	円		支給年月日	平成	年 月 日
退職老齢年金給付の額	円		支給開始年月	平成	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 〇〇 氏名 〇〇 〇〇			

空欄でもよろしいです。

該当の場合はご記入ください。

印

請求者の氏名を自署した場合は、押印を省略できます。

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

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

請求者 住所 〇〇〇〇〇〇〇〇〇

氏名 〇〇 〇〇

印

請求者の氏名を自署した場合は、押印を省略できます。

- 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。
- 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。
- ※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

① 支給開始日が平成27年9月30日以前

平成27年10月1日現在の標準報酬月額 ÷ 22日

② 支給開始日が平成27年10月1日から平成28年8月31日まで

平成27年10月から支給開始日の属する月までの標準報酬月額の平均額 ÷ 22日

③ 支給開始日が平成28年9月1日以降

支給開始日の属する月以前の12月の標準報酬月額の平均額 ÷ 22日

2. 支給開始日以前の組合員期間が12月未満の場合

1の①～③の額と次の額のいずれか少ない額

・全組合員の平均の標準報酬月額(※1・※2) ÷ 22日

※1…360,000円

※2…基準日：前年度の9月30日。

ただし、平成28年度においては、平成27年10月1日。

《 注意事項 》

1. 勤務を要しない日（土・日曜日）については、支給対象となりません。
2. 報酬が支払われているときは、傷病手当金との差額のみが支給されます。
3. 同一の病気やけがによる障害厚生年金、または老齢厚生年金等の支給を受ける場合は、傷病手当金は支給されません。ただし、傷病手当金の額が年金額を上回る場合は、その差額のみが支給されます。
4. 出産手当金が支給されている場合は、傷病手当金との差額のみが支給されます。