

組合員証	記号	9098	組合員	フリガナ	キョウサイ タロウ	性別	生年月日		
	番号	90999		氏名	共済 太郎		男・女	昭和 平成	43 年 4 月 3 日
個人番号 ※			※ 組合員証記号・番号を記入の場合は不要です。						
所属機関	名称	〇〇町役場			組合員の資格を取得した日	平成 3 年 4 月 1 日			
	所在地	〇〇町〇〇123-1			組合員の資格を喪失した日	年 月 日			
介護保険法による給付を受けたとき				標準報酬月額	23 等級	410,000 円			
保険者番号	被保険者番号	保険者の名称							
No.	傷病名	発病の日		勤務できなくなった最初の日	傷病発生事由(該当する方に○印)				
1)	脳梗塞	令和 2 年 12 月 2 日	令和 2 年 12 月 2 日	第三行為	第三者行為以外				
2)		年 月 日	待機期間の初日	日	第三	いずれかに、○をして下さい。			
3)		年 月 日	年 月 日	日	第三	以外			
請求金額 (D)		請求期間			※仮の終了日(記入不要)				
円 令和 3 年 4 月 1 日から		令和 3 年 4 月 30 日まで			平成 年 月 日				
支給事由	年金等の名称	受給の有無等	支給(年)額		支給(開始)年月		年金証書記号番号		
			障害	障害厚生(共済)年金	有・無・請求中	0 円	令和 2 年 12 月	86490065000999	
	障害基礎年金	有・無・請求中	0 円	令和 2 年 12 月	9999-888888-1350				
	障害手当金	有・無・請求中	円	年 月					
老齢	老齢厚生(退職共済)年金	有・無・請求中	円	年 月					
	その他	有・無・請求中	円	年 月					
上記のとおり請求します。 熊本市町村職員共済組合理事長 様 年 月 日 住所 請求者 氏名 電話番号 ( )				上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 職名 所属所長 氏名					

以下は、共済組合使用欄につき記入不要

決定伺	課長	課長補佐	係長	係員
下記のとおり決定してよろしいか。				
※決定額	円			

傷病手当金の額(調整前の額) = 給付日額 × 支給日数

- 標準報酬日額(A) = 支給開始日の属する月以前の直近の継続した12ヶ月間の標準報酬月額額の平均額の22分の11に相当する金額
- 給付日額(B) = 標準報酬日額 × 2/3

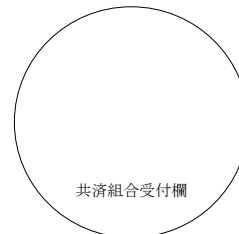
算定表	標準報酬日額(A)	給付日額(B)	支給日数(C)	傷病手当金(D)	調整額(E)	※差引支給額
	18,640 円	12,427 円	22 日	273,394 円	円	273,394 円
	10円未満四捨五入	円未満四捨五入	土・日曜日を除く	(B) × (C)	(1)又は(2)の高い方	(D) - (E)

給与報酬及び年金との調整額(※報酬支給額証明書参照)

給与	調整額(1)	年金	年金額 ③又は④	年金額 ⑤	調整額(2)
	円		円	(③又は④) ÷ 264 円	円
			停止額を除く年額	円未満切捨て	④ × (C)

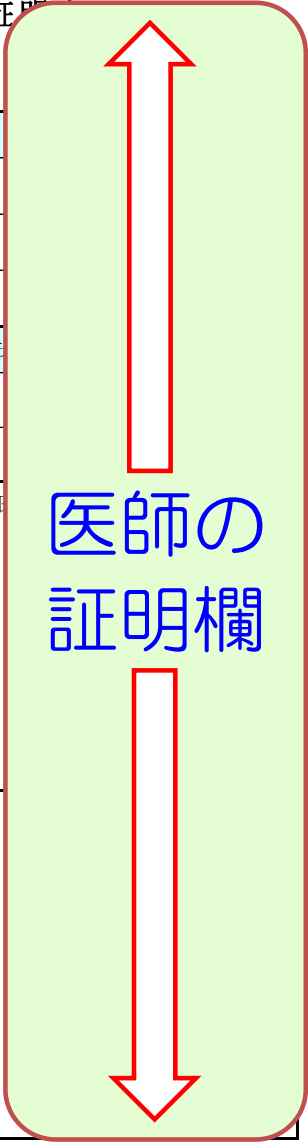
障害手当金との調整

障害手当金額(I)	支給停止日数(II)	支給再開日支給額	支給再開日(*)	(*)退職日の翌日から、土曜日、日曜日を除いて、支給停止日数を経過した日
円	(I) ÷ B 日	円	年 月 日	
	小数点以下切上げ	(I) - B × (II)		



療養のため勤務できないことに関する医師の証明欄

患者氏名	共済 太郎		
No.	傷病名	初診日(療養の給付開始日)	発病又は負傷の年月日
1)	〇〇病	年 月 日	年 月 日
2)		年 月 日	年 月 日
3)		年 月 日	年 月 日
労務不能と認めた期間 …… ア		請求期間(月単位)	アのうち
①	年 月 日から	年 月 日まで 日間	年 月 日から
②	年 月 日から	年 月 日まで 日間	年 月 日から
症状等	※上記期間中の主たる症状及び治療内容等について		※労務不能と認められた日
			所見等
上記のとおり相違ありません。			
年 月 日			
医療機関の住所及び名称		TEL	
医師の氏名			



同意書

傷病手当金の支給を受けるにあたり必要があるときは、傷病手当金請求の原因となった傷病に関する情報について、熊本県市町村職員共済組合が、私が受診した医療機関及び担当医師に情報の提供を求めらることに同意します。

熊本県市町村職員共済組合理事長 様

年 月 日

組合員氏名

(注) 同意書への署名押印がない場合、傷病手当金の原因傷病に関して共済組合が医療機関又は担当医師に確認したい情報があるときは、請求者ご自身に、直接、医療機関又は担当医師に当該情報の提供をお願いしていただくことがありますのであらかじめご了承ください。