

組合員証 記号 番号	組合員 フリガナ 氏名		性別	生年月日		
			男・女	昭和 平成	年	月
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 所在地	組合員の資格を取得した日		年 月 日			
	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	等級	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)		年 月 日	年 月 日	第三者行為・第三者行為以外		
2)		年 月 日	年 月 日	第三者行為・第三者行為以外		
3)		年 月 日	年 月 日	第三者行為・第三者行為以外		
請求金額 (D)		請求期間		※仮の終了日(記入不要)		
円 令和 年 月 日 から		令和 年 月 日 まで		年 月 日		
支給事由	年金等の名称	受給の有無等	年金額等(受給中の年金がある場合のみ記入してください。)			
			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	円	年 月		
	障害基礎年金	有・無・請求中	円	年 月		
	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 令和 年 月 日 住所 請求者 氏名			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 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の平均額の22分の1に相当する金額
- 給付日額(B) = 標準報酬日額 × 2/3

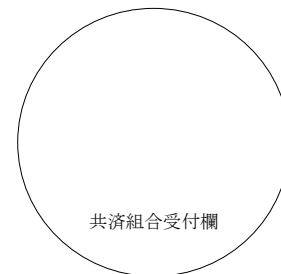
算定表	標準報酬日額 (A)	給付日額 (B)	支給日数 (C)	傷病手当金 (D)	調整額 (E)	※差引支給額
	円	円	日	円	円	円
	10円未満四捨五入	円未満四捨五入	土・日曜日を除く	(B) × (C)	(1)又は(2)のhigher方	(D) - (E)

○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	年金日額 ⑤	調整額 (2)
	円		円	円	円
			③又は④ ÷ 264		
	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	平成 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書

患者氏名				
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	発病又は負傷の原因
1)		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		アのうち入院期間		
①	年 月 日から	年 月 日まで	日間	年 月 日から
				年 月 日まで
				日間
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医学的な所見及び予後について	
<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の 住所及び名称</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">TEL ()</p> <p style="text-align: center;">医師の氏名</p>				

同意書

<p>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することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">熊本県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">組合員氏名</p>

(注) 同意書への署名等がない場合、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。

報酬支給額証明書

組合員証	記号		フリガナ		標準報酬月額 の平均額	円	当該請求月の 対象日数		
	番号			氏名					

対象期間	11ヶ月前	10ヶ月前	9ヶ月前	8ヶ月前	7ヶ月前	6ヶ月前	5ヶ月前	4ヶ月前	3ヶ月前	2ヶ月前	1ヶ月前	支給開始月
年 月												
標準報酬月額												

年 月分

期 間	年 月 日から 日まで	年 月 日から 日まで	年 月 日から 日まで
上記期間の支給対象日数	A1 日	A2 日	A3 日
給与支給割合	割	割	割
報酬①		支給実績	
種 別	本来の支給月額	支給実績	支給実績
給 料	円	円	円
給料の調整額	円	円	円
地域手当	円	円	円
小計	円 B1	円 B2	円 B3
報酬②		支給実績	
種別(※)	本来の支給月額	左の手当に対する 期間内の支給割合 Z1	支給実績
扶養手当	円		円
住居手当	円		円
通勤手当	円		円
	円		円
	円		円
小計	円 C	円 C1	円 C2
合計(報酬①+報酬②)	円	円	円

※ 超過勤務手当、休日給、宿日直手当、特殊勤務手当等は除く。

年 月の勤務しなかった期間について、上記の報酬を支払ったことを証明します。

令和 年 月 日

所属機関の長
又は
給与事務担当者

職 名
氏 名

支給額算定調書

<給付日額の算定>

平均標準報酬月額	平均標準報酬日額
× 1/22 =	

平均標準報酬日額	給付日額
× 2/3 =	

<報酬等の調整>

期 間	年 月 日から 日まで	年 月 日から 日まで	年 月 日から 日まで
上記期間の支給対象日数	A1 日	A2 日	A3 日
給付日額 (G)			
報酬日額 (調整額)	報酬①	D1 (B1÷A1)	D2 (B2÷A2)
	報酬②	E1 (C×Z1÷22)	E2 (C×Z2÷22)
	合計	F1 (D1+E1)	F2 (D2+E2)
支給単価=給付日額-報酬日額 (G-F1、F2又はF3)	H1	H2	H3
支給額 (A1×H1、A2×H2、A3×H3)	I1	I2	I3
給付決定額 (I1+I2+I3)	(支給日数 日)		

<年金との調整>

年金 (年額)	障害厚生(共済)年金		老齢厚生年金	
	障害基礎年金		経過的職域加算額	
	計 ③		老齢基礎年金	
			計 ④	

年金日額	
③か④のいずれか高い年金額	
÷ 264 =	円 ⑤