

|      |    |    |      |    |    |    |     |      |                     |
|------|----|----|------|----|----|----|-----|------|---------------------|
| 事務局長 | 次長 | 課長 | 課長補佐 | 主幹 | 主査 | 主任 | 担当者 | 決定金額 | 円                   |
|      |    |    |      |    |    |    |     | 支給期間 | ～ 年 月 日<br>年 月 日 日間 |
|      |    |    |      |    |    |    |     | 処理欄  | 年 月 / 旬             |

## (第 回) 傷病手当金請求書

|   |  |   |  |   |  |
|---|--|---|--|---|--|
| 組合員記号・番号  |  | 組合員氏名   |  | 所属所名  |  |
| 資格取得年月日   |  | 資格喪失年月日   |  | 初診年月日   |  |
| 勤務できなくなった最初の日   |  |   |  |   |  |
| 標準報酬月額(短期)  |  | 支給開始日   |  | 請求期間  |  |
| 等級  |  | 請求金額  |  |   |  |
| 円   |  | 年 月 日   |  | 年 月 日から 年 月 日まで 日   |  |
| 円   |  | 円   |  | 円   |  |
| 障害厚生(共済)年金 ※1   |  | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 請求中 |  | 円 支給開始年月 年 月  |  |
| 障害基礎年金 ※1   |  | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 請求中 |  | 円 支給開始年月 年 月  |  |
| 障害手当(一時)金 ※1  |  | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 請求中 |  | 円 支給年月日 年 月 日   |  |
| 老齢厚生年金 ※1   |  | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 請求中 |  | 円 支給開始年月 年 月  |  |
| 老齢基礎年金 ※1   |  | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 請求中 |  | 円 支給開始年月 年 月  |  |
| ( )年金 ※1  |  | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 請求中 |  | 円 支給開始年月 年 月  |  |
| 地方公務員災害補償基金に基づく休業補償又は傷病補償年金等 ※1 ※2                      |  | 介護保険法による給付を受けたとき  |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 請求中 |  | 保険者番号   |  | 被保険者番号  |  |
|   |  |   |  | 保険者の名称  |  |
| 療養のため勤務できなかつたことに関する医師の意見書 ※3                            |  | 労務不能と認めた期間  |  | 自 至 年 月 日 年 月 日   |  |
|   |  |   |  | 左欄期間中の診療実日数 日   |  |
|   |  | (1) 傷病名   |  |   |  |
|   |  | (2) 発病年月日   |  | 年 月 日   |  |
|   |  | (3) 傷病の現症(レントゲン所見、栄養、体温、脈膊、呼吸数、食欲、便通)・安静度・その他           |  |   |  |
|   |  | (4) 今後の経過の見とおし(症状の傾向、治癒の見とおし、その他)                       |  |   |  |
|   |  | (5) 労務可能の見込み時期  |  | (※必ず記入してください。不明の場合、□に✓を付してください。)<br>年 月 日 頃 <input type="checkbox"/> 不明 |  |
|   |  | 上記のとおり診断します。  |  | 年 月 日   |  |
|   |  | 医療機関及び診療担当者名  |  | 所在地 名称 診療担当医師   |  |
| 上記のとおり請求します。  |  |   |  |   |  |
| 和歌山県市町村職員共済組合理事長 様                                      |  |   |  |   |  |
| 年 月 日 請求者 住所 氏名   |  |   |  |   |  |
| 上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。                                 |  |   |  |   |  |
| 年 月 日 所属所長 職名 氏名  |  |   |  |   |  |

※1：該当する場合、□に✓を付してください。

傷病手当金の受給後に給付を受けることとなった場合、受給した傷病手当金を返還していただくことになります。

※2：同一の傷病で有の場合、傷病手当金は支給できません。

実施機関に対して休業補償等の受給状況を確認する場合があります。

※3：労務不能と認めた期間の末日以後に証明を受けてください。

## 傷病手当金計算欄

### 1. 組合員期間が1年以上

支給開始日の属する月以前の直近の継続した12月の標準報酬月額  
 の平均額 (i) \_\_\_\_\_ 円

|    |   |     |   |     |   |     |   |
|----|---|-----|---|-----|---|-----|---|
| 1月 | 円 | 2月  | 円 | 3月  | 円 | 4月  | 円 |
| 5月 | 円 | 6月  | 円 | 7月  | 円 | 8月  | 円 |
| 9月 | 円 | 10月 | 円 | 11月 | 円 | 12月 | 円 |

※標準報酬月額（短期）について、支給開始日の属する月以前の分を順に記入してください。

### 2. 組合員期間が1年未満

①②のいずれか低い方の額 (ii) \_\_\_\_\_ 円

①支給開始日の属する月以前の直近の継続した各月の標準報酬月額の平均額 \_\_\_\_\_ 円

|    |   |     |   |     |   |     |   |
|----|---|-----|---|-----|---|-----|---|
| 1月 | 円 | 2月  | 円 | 3月  | 円 | 4月  | 円 |
| 5月 | 円 | 6月  | 円 | 7月  | 円 | 8月  | 円 |
| 9月 | 円 | 10月 | 円 | 11月 | 円 | 12月 | 円 |

※標準報酬月額（短期）について、支給開始日の属する月以前の分を順に記入してください。

②全組合員の平均標準報酬月額 \_\_\_\_\_ 円

|                          |       |   |                |   |   |   |                           |
|--------------------------|-------|---|----------------|---|---|---|---------------------------|
| 標準報酬月額<br>(i)(ii)いずれかの金額 | 円     | × | $\frac{1}{22}$ | = |   | 円 | 標準報酬日額<br>(A) (10円未満四捨五入) |
| 標準報酬日額                   | 円 (A) | × | $\frac{2}{3}$  | = |   | 円 | 給付日額<br>(B) (円未満四捨五入)     |
| 給付日額                     | 円 (B) | × | 支給日数           | 日 | = |   | 給付額<br>(C)                |
| 給付額                      | 円 (C) | - | 控除額(D)(F)      | 円 | = |   | 給付決定額<br>(D)              |

|        |      |   |   |         |   |   |  |     |       |
|--------|------|---|---|---------|---|---|--|-----|-------|
| 報酬との調整 | 報酬日額 | 円 | × | 勤務を要する日 | 日 | = |  | 調整額 | 円 (D) |
|--------|------|---|---|---------|---|---|--|-----|-------|

|        |     |       |   |                 |   |   |   |               |
|--------|-----|-------|---|-----------------|---|---|---|---------------|
| 年金との調整 | 年金額 | 円     | × | $\frac{1}{264}$ | = |   | 円 | (E) (円未満四捨五入) |
|        |     | 円 (E) | × | 支給日数            | 日 | = |   | 調整額<br>(F)    |

※ 請求書は月単位で作成してください。  
 ※ 在職者の方は「報酬支給額証明書」を添付のうえで、共済組合に提出してください。  
 ※ 退職者の方は「就労状況等申立書」を添付のうえで、共済組合に提出してください。  
 ※ 「医師の意見書」は、傷病手当金支給決定の基礎となるものですから、その記入にあたっては、できる限り各科専門医において事実を的確かつ詳細に記載するとともに、**在職中は職場復帰が可能かどうか退職後は労働能力があるか否か**について意見を記載してください。  
 なお、労働能力を回復した（勤務することができる状態にある）にも関わらず、勤務しない場合等は傷病手当金の支給要件に該当しません。



## 傷病手当金計算欄

### 1. 組合員期間が1年以上

支給開始日の属する月以前の直近の継続した12月の標準報酬月額  
 (i) 380,000 円

|    |         |   |     |         |   |     |         |   |     |         |   |
|----|---------|---|-----|---------|---|-----|---------|---|-----|---------|---|
| 1月 | 380,000 | 円 | 2月  | 380,000 | 円 | 3月  | 380,000 | 円 | 4月  | 380,000 | 円 |
| 5月 | 380,000 | 円 | 6月  | 380,000 | 円 | 7月  | 380,000 | 円 | 8月  | 380,000 | 円 |
| 9月 | 380,000 | 円 | 10月 | 380,000 | 円 | 11月 | 380,000 | 円 | 12月 | 380,000 | 円 |

※標準報酬月額（短期）について、支給開始日の属する月以前

【支給開始日が4月の場合】  
前年5月から当年4月までの標準報酬月額の平均額

### 2. 組合員期間が1年未満

①②のいずれか低い方の額 (ii) \_\_\_\_\_ 円

①支給開始日の属する月以前の直近の継続した各月の標準報酬月額の平均額 \_\_\_\_\_ 円

|    |   |     |   |     |   |     |   |
|----|---|-----|---|-----|---|-----|---|
| 1月 | 円 | 2月  | 円 | 3月  | 円 | 4月  | 円 |
| 5月 | 円 | 6月  | 円 | 7月  | 円 | 8月  | 円 |
| 9月 | 円 | 10月 | 円 | 11月 | 円 | 12月 | 円 |

※標準報酬月額（短期）について、支給開始日の属する月以前の分を順に記入してください。

②全組合員の平均標準報酬月額 \_\_\_\_\_ 円

|                          |   |                |   |           |     |             |
|--------------------------|---|----------------|---|-----------|-----|-------------|
| 標準報酬月額<br>(i)(ii)いずれかの金額 |   |                |   |           |     | 標準報酬日額      |
| 380,000 円                | × | $\frac{1}{22}$ | = | 17,270 円  | (A) | (10円未満四捨五入) |
| 標準報酬日額                   |   |                |   | 給付日額      |     |             |
| 17,270 円 (A)             | × | $\frac{2}{3}$  | = | 11,513 円  | (B) | (円未満四捨五入)   |
| 給付日額                     |   | 支給日数           |   | 給付額       |     |             |
| 11,513 円 (B)             | × | 21 日           | = | 241,773 円 | (C) |             |
| 給付額                      |   | 控除額(D)(F)      |   | 給付決定額     |     |             |
| 241,773 円 (C)            | - | 0 円            | = | 241,773 円 |     |             |

|        |                           |   |                 |   |               |
|--------|---------------------------|---|-----------------|---|---------------|
| 報酬との調整 | 報酬日額                      |   | 勤務を要する日         |   | 調整額           |
|        | 円                         | × | 日               | = | 円 (D)         |
|        | 支給期間中に報酬がある場合、調整が必要となります。 |   |                 |   |               |
| 年金との調整 | 年金額                       |   |                 |   |               |
|        | 円                         | × | $\frac{1}{264}$ | = | 円 (E) (円未満四捨) |
|        |                           |   | 支給日数            |   | 調整額           |
|        | 円 (E)                     | × | 日               | = | 円 (F)         |

※ 請求書は月単位で作成してください。  
 ※ 在職者の方は「報酬支給額証明書」を添付のうえで、共済組合に提出してください。  
 ※ 退職者の方は「就労状況等申立書」を添付のうえで、共済組合に提出してください。  
 ※ 「医師の意見書」は、傷病手当金支給決定の基礎となるものですから、その記入にあたっては、できる限り各科専門医において事実を的確かつ詳細に記載するとともに、**在職中は職場復帰が可能かどうか退職後は労働能力があるか否か**について意見を記載してください。  
 なお、労働能力を回復した（勤務することができる状態にある）にも関わらず、勤務しない場合等は傷病手当金の支給要件に該当しません。



## 傷病手当金計算欄

### 1. 組合員期間が1年以上

支給開始日の属する月以前の直近の継続した12月の標準報酬月額  
 (i) 380,000 円

|    |         |   |     |         |   |     |         |   |     |         |   |
|----|---------|---|-----|---------|---|-----|---------|---|-----|---------|---|
| 1月 | 380,000 | 円 | 2月  | 380,000 | 円 | 3月  | 380,000 | 円 | 4月  | 380,000 | 円 |
| 5月 | 380,000 | 円 | 6月  | 380,000 | 円 | 7月  | 380,000 | 円 | 8月  | 380,000 | 円 |
| 9月 | 380,000 | 円 | 10月 | 380,000 | 円 | 11月 | 380,000 | 円 | 12月 | 380,000 | 円 |

※標準報酬月額（短期）について、支給開始日の属する月以前

【支給開始日が4月の場合】  
前年5月から当年4月までの標準報酬月額の平均額

### 2. 組合員期間が1年未満

①②のいずれか低い方の額 (ii) \_\_\_\_\_ 円

①支給開始日の属する月以前の直近の継続した各月の標準報酬月額の平均額 \_\_\_\_\_ 円

|    |   |     |   |     |   |     |   |
|----|---|-----|---|-----|---|-----|---|
| 1月 | 円 | 2月  | 円 | 3月  | 円 | 4月  | 円 |
| 5月 | 円 | 6月  | 円 | 7月  | 円 | 8月  | 円 |
| 9月 | 円 | 10月 | 円 | 11月 | 円 | 12月 | 円 |

※標準報酬月額（短期）について、支給開始日の属する月以前の分を順に記入してください。

②全組合員の平均標準報酬月額 \_\_\_\_\_ 円

|                          |       |   |                |     |         |                   |
|--------------------------|-------|---|----------------|-----|---------|-------------------|
| 標準報酬月額<br>(i)(ii)いずれかの金額 |       |   |                |     |         | 標準報酬日額            |
| 380,000                  | 円     | × | $\frac{1}{22}$ | =   | 17,270  | 円 (A) (10円未満四捨五入) |
| 標準報酬日額                   |       |   |                |     |         | 給付日額              |
| 17,270                   | 円 (A) | × | $\frac{2}{3}$  | =   | 11,513  | 円 (B) (円未満四捨五入)   |
| 給付日額                     |       |   | 支給日数           |     |         | 給付額               |
| 11,513                   | 円 (B) | × | 21             | 日 = | 241,773 | 円 (C)             |
| 給付額                      |       |   | 控除額(D)(F)      |     |         | 給付決定額             |
| 241,773                  | 円 (C) | - | 116,844        | 円 = | 124,929 | 円                 |

|        |      |   |   |   |   |         |     |
|--------|------|---|---|---|---|---------|-----|
| 報酬との調整 | 報酬日額 |   |   |   |   | 勤務を要する日 | 調整額 |
|        |      | 円 | × | 日 | = | 円       | (D) |

|        |           |       |   |                 |     |         |                |
|--------|-----------|-------|---|-----------------|-----|---------|----------------|
| 年金との調整 | 年金額       |       |   |                 |     | 支給日数    | 調整額            |
|        | 1,469,028 | 円     | × | $\frac{1}{264}$ | =   | 5,564   | 円 (E) (円未満切捨て) |
|        |           |       |   | 支給日数            |     | 調整額     |                |
|        | 5,564     | 円 (E) | × | 21              | 日 = | 116,844 | 円 (F)          |

※ 請求書は月単位で作成してください。  
 ※ 在職者の方は「報酬支給額証明書」を添付のうえで、共済組合に提出してください。  
 ※ 退職者の方は「就労状況等申立書」を添付のうえで、共済組合に提出してください。  
 ※ 「医師の意見書」は、傷病手当金支給決定の基礎となるものですから、その記入にあたっては、できる限り各科専門医において事実を的確かつ詳細に記載するとともに、**在職中は職場復帰が可能かどうか退職後は労働能力があるか否か**について意見を記載してください。  
 なお、労働能力を回復した（勤務することができる状態にある）にも関わらず、勤務しない場合等は傷病手当金の支給要件に該当しません。