

傷病手当金請求書

記入例

組合員 記入欄	組合員の 記号番号	仙 市 1234567	組合員 氏 名	仙台 太郎	所 属	
	資格取得日	平成 30年 4月 1日		資格喪失日 (退職日の翌日)	年 月 日	
	傷 病 名	□□病		傷病の原因	<input type="checkbox"/> 公務中または通勤中 <input type="checkbox"/> 交通事故など他人によるもの <input checked="" type="checkbox"/> その他の病気・けが	
	発病又は 負傷した日	令和 5年 1月 5日		勤務できなく なった最初の日	令和 5年 1月 8日	
請求期間	令和 6年 4月 1日 から		令和 6年 4月 30日 まで			
組 合 員 証 明 欄	公的年金又は障害手当金 の受給の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 手続き中		（※年金受給通知）	
	被保険者					
	老齢年金、障害年金等を受給 しないに返還します。					
<p>②組合員記入欄を記入してください。</p> <p>③組合員記入欄を記入後、所属へ提出してください。 組合員から所属へ提出時点の文書收受印を押印してください。</p> <p>所属課で 文書收受印を 押印</p>						
仙台市職員共済組合理事長 様 令和 6 年 5 月 15 日 住 所 仙台市〇〇区□□町5-1 組 合 員 氏 名 仙 台 太 郎 (自署又は記名押印) 日 中 連 絡 先 電 話 番 号 090-1234-5678						
医 師 の 意 見 欄	傷 病 名				初 診 日	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	労務不能と 認めた期間				月 日 まで
	症状及び経過	<p>①請求期間経過後、 医師の意見欄に証明を受けてから、 組合員記入欄を記入してください。</p>				
	上記のとおり相違ありません	令和 年 月 日				
医師氏名 _____ 印						

共済組合 受付印	共 済 組 合 受 付 印					
	支 給 開 始 日		前 回 支 給 分		支 給 終 了 予 定 日	
	令和 年 月 日		令和 年 月 日まで		令和 年 月 日	
	平均標準報酬月額			給付日額		
	円 × 1/22 × 2/3 =			円 ①		
支 給 期 間		控 除 額		決 定 額		
令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		円 ③		円		
		① × ② - ③ =		円		