

# 傷病手当金 請求書

組 合 員 証	記 号	番 号	所属機関名 (市・町・村・一部事務組合等)		
			名 称		
組 合 員 氏 名			所 在 地		
生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日			
資格取得年月日	昭和 平成	年 月 日	資格喪失年月日	平成	年 月 日
請 求 金 額			傷 病 名		
210	傷病手当金	円			
発 病 年 月 日	昭和 平成	年 月 日	勤務できなくな った最初の日	昭和 平成	年 月 日
請 求 期 間	平成	年 月 日から	標 準 報 酬 の 等 級 及 び 月 額	等 級	円
	平成	年 月 日まで			
介護保険法による 給付を受けたとき	保険の 名称	保 険 者 番 号			
		被 保 険 者 番 号			
老齢年金給付の種類	年 金 制 度 名	金 額		支 給 開 始 年 月	
		円		年 月	
		円		年 月	
障 害 厚 生 (共 済) 年 金	級	円	障 害 厚 生 (共 済) 年 金 の 支 給 開 始 年 月		年 月
障 害 基 礎 年 金	級	円	障 害 基 礎 年 金 の 支 給 開 始 年 月		年 月
障 害 手 当 金		円	障 害 手 当 金 の 支 給 年 月 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	勤 務 不 能 と 認 め た 期 間		平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		
	勤 務 不 能 と 認 め た 傷 病 名 ・ 症 状 等		傷 病 名		
	(勤務不能と認めた症状等についてご記入ください。)				
	平成 年 月 日	医 師	医療機関の 名称 及び所在地	氏 名	㊟
上記のとおり請求します。 長野県市町村職員共済組合理事長 様 平成 年 月 日 住 所 請 求 者 氏 名					
所属所受付印	上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。				
	平成 年 月 日				
	職 名				
	所属機関の長				
	氏 名				

## 報酬支給額証明書

期 間		平成 年 月 日から 日 まで	平成 年 月 日から 日 まで
上記期間の支給対象日数		日	日
給与支給割合		割	割
報 酬 A		支 給 実 績	
種 別	本来の支給額		
給 料	円	円	円
地 域 手 当	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
小 計 ①		円	円
報 酬 B		左の手当に 対する期間内 の支給割合	支 給 実 績
種 別	本来の支給額	左の手当に 対する期間内 の支給割合	支 給 実 績
扶 養 手 当	円		円
住 居 手 当	円		円
寒 冷 地 手 当	円		円
	円		円
	円		円
	円		円
小 計 ②			円
合 計 ( 小 計 ① + 小 計 ② )			円

平成 年 月の勤務しなかった期間について、上記の金額の報酬を支払ったことを証明します。

平成 年 月 日

所属機関の長又は  
給与事務担当者  
氏 名

職 名  
氏 名

㊟