

# 傷病手当金 請求書

組 合 員 等	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 令和	年 月 日	資格喪失年月日	平成 令和	年 月 日
請 求 金 額			傷 病 名		
210	傷病手当金	円			
発 病 年 月 日	平成 令和	年 月 日	勤務できなくなった最初の日	平成 令和	年 月 日
請 求 期 間	令和	年 月 日から	標 準 報 酬 の 等 級 及 び 月 額	等 級	円
	令和	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		年 月 日から 年 月 日まで		
	勤 務 不 能 と 認 め た 傷 病 名 ・ 症 状 等		傷 病 名		
	(勤務不能と認められた症状等についてご記入ください。)				
	令和 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					
令和 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。				
	令和 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 令和	年	月	日から 日まで	平成 令和	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						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		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												
扶 養 手 当	円					円					円		
住 居 手 当	円					円					円		
寒 冷 地 手 当	円					円					円		
	円					円					円		
	円					円					円		
	円					円					円		
小 計 ②						円					円		
合 計 ( 小 計 ① + 小 計 ② )						円					円		

平成・令和 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。

令和 年 月 日

所属機関の長又は  
給与事務担当者

職 名

氏 名