

傷病手当金請求書

組合員記入欄	組合員 記号 番号	組合員氏名 (フリガナ)	所属 (所属TEL)			
	資格取得日	年 月 日	資格喪失日	年 月 日		
	傷病名					
	傷病の原因	1 交通事故など他人によるもの 2 公務中又は通勤中 3 その他の私病				※第三者行為による負傷の場合は、「損害賠償申告書」を提出してください。
	発病年月日	年 月 日	勤務できなくなった最初の日	年 月 日		
	介護保険法による給付を受けたとき	(保険者番号)	(被保険者番号)	(名称)		
	請求期間	年 月 日 から 年 月 日 まで				
	標準報酬	等級	級	月額	円	請求金額 円
	給障害無年金等について	上記の傷病により障害年金又は障害手当金を受給していますか	いいえ はい(又は請求中)		←「はい(又は請求中)」の場合は、以下の欄も御記入ください。	
		障害年金又は障害手当金の受給原因となった傷病名	←傷病名がわかる書類(障害者手帳等)の写し			
		障害年金又は障害手当金の額	円(年額)		←年金証書(写)と直近の年金振込通知書(写)	
		障害年金又は障害手当金の支給開始年月	年 月 日		開始	
	退職後の期間を請求される方を	上記の期間に就労しましたか	いいえ はい			
		老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか	いいえ はい 請求中		←「はい」:年金証書(写)と直近の年金振込通知書(写) 「請求中」:「退職厚生年金概算書」の写し	
老齢又は退職を事由とする公的年金の制度名と金額		年金制度名		円(年額)		
老齢又は退職を事由とする公的年金の支給開始年月		年 月 日		開始		
振込先金融機関	銀行 金庫 農協	本店 支店	預金種目 普通	口座番号(右詰め)		
※組合員名義						
(差額調整への同意欄) いづれかに丸をつけてください。						
報酬の追給等で今回の手当金額が遡って変更となる場合、今後請求する手当金との相殺が行われることに (同意します・同意しません)						
※同意しない場合で本来の手当金額が減少した際は、納付書により差額を納めていただくこととなります。						
上記のとおり請求します。 (あて先) 札幌市職員共済組合 理事長 住所 年 月 日 組合員 氏名						
療養を担当した医師の証明	傷病名			初診日	年 月 日	
	勤務できないと認めた期間	年 月 日 から		年 月 日 まで		
	勤務できないと認めた理由(症状・検査内容・治療内容・療養指導等)					
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日					
医療機関の所在地及び名称 医師氏名 印						
所属長記入欄	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 職名					
	所属長 氏名 印					
※任意継続組合員の方は記入不要です。						

【添付書類】

- 組合員名義の普通預金口座の通帳又はキャッシュカードの写し
- (初回のみ)当該傷病により勤務できなかった最初の日を含む月の出勤簿及び休暇簿の写し
- (退職者の場合)退職辞令の写し

共済使用欄	記入	傷病手当金	210	—	決裁欄	事務局長	課長	係長	係
	支給期間		日数	日					
	開始日		金額	円					

職員番号 _____ 氏名 _____ に係る報酬について、
以下のとおり証明する。

支給開始月以前の直近12か月の平均標準報酬月額 _____ 円
(標準報酬月額が12か月に満たないときは、直近各月の平均標準報酬月額と、全組合員の平均標準報酬月額のうち少ない額を記載)

請求期間(原則月単位、初日が月の中途であるときは請求開始日から記載)	年 月 日から	年 月 日から	年 月 日から
	年 月 日まで	年 月 日まで	年 月 日まで
要勤務日数	日	日	日
支給割合	割	割	割
給料	円	円	円
地域手当	円	円	円
() 手当	円	円	円
() 手当	円	円	円
() 手当	円	円	円
() 手当	円	円	円
() 手当	円	円	円
通勤手当(1か月分として記載)	円	円	円
期間中の報酬支給額計	円	円	円
寒冷地手当(直近の支給総額を記載)	円	円	円

- ※ 特殊勤務手当、時間外勤務手当など勤務実績に基づいて翌月以後に支払う報酬及び期末、勤勉手当は除く
- ※ 通勤手当を複数月分として支給した場合、1か月分に換算して記載
- ※ 寒冷地手当は、直近で支給した額(証明期間が10月の場合はその月に支給した分)を、月額換算せず総額で記載
- ※ 1か月を分割して証明する場合で通勤手当等の日割しない報酬があるときは、最初の欄に額を記載し、その他の欄を斜線で削除

対象者の各報酬について、遡って追戻や差額調整を行った場合はその対象期間、報酬種別、金額及び計算内容

年 月 日 札 号

職 名

氏 名

印

(所属機関の長)

勤務に服することができなかった日(勤務を要しない日を除く。)に○を記載

曜日	月分				
	1	8	15	22	29
	2	9	16	23	30
	3	10	17	24	31
	4	11	18	25	
	5	12	19	26	
	6	13	20	27	
	7	14	21	28	

曜日	月分				
	1	8	15	22	29
	2	9	16	23	30
	3	10	17	24	31
	4	11	18	25	
	5	12	19	26	
	6	13	20	27	
	7	14	21	28	

曜日	月分				
	1	8	15	22	29
	2	9	16	23	30
	3	10	17	24	31
	4	11	18	25	
	5	12	19	26	
	6	13	20	27	
	7	14	21	28	

共済組合	通勤、寒冷地手当以外の報酬計 要勤務日数 通勤、寒冷地手当(月額)の計 報酬日額(1円未満切捨) (_____ 円 ÷ _____ 日) + (_____ 円 ÷ 22) = _____ 円 平均標準報酬月額 平均標準報酬日額(10円未満四捨五入) 給付日額(1円未満四捨五入) _____ 円 × 1/22 = _____ 円 × 2/3 = _____ 円 給付日額 報酬日額 支給日数 給付決定額 (_____ 円 - _____ 円) × _____ 日 = _____ 円	※無給期間中は、報酬を全てゼロとして取り扱う。 ※有給期間中に死亡・退職した場合、日割される報酬は÷要勤務日数、日割されない報酬は÷22により日額を算定する。	
	年金の額 (ア ※1円未満切捨) 給付日額 (ア) 支給日数 給付決定額 _____ 円 × 1/264 = _____ 円 [_____ 円 - _____ 円] × _____ 日 = _____ 円		
記入欄	障害手当金の額 給付日額 (イ) (支給開始日から、勤務を要しない日を除いて(イ)の日数を経過する日) _____ 円 ÷ _____ 円 = _____ 日 支給再開年月日 年 月 日 (小数点以下切上) 給付日額 × (イ) 障害手当金の額 支給再開年月日における支給額 _____ 円 - _____ 円 = _____ 円		
	支給開始日	前回支給分	今回支給分
	年 月 日から	年 月 日まで	年 月 日まで

給与担当課による証明欄