

記入例 ※印刷は両面をお願いします。  
 表面だけ記入してください。裏面はこちらで記入します。

傷病手当金 請求書(表)

				*決定額		円
組合員証番号	99999999	組合員氏名	琉球 花子		所属局(部) 課名	〇〇学部
傷病名	右大腿骨骨折	資格取得年月日	昭和 平成 令和	4 年 10 月 1 日	資格喪失年月日	令和 年 月 日
発病年月日	平成 年 月 日 令和	勤務できなくなった最初の日		平成 年 月 日 令和		
介護保険法の給付を受けたとき	保険者番号	被保険者番号		保険者の氏名		
この欄はすべて医者に記入して 頂いてください。	※必須 請求期間と同じ日付 令和 年 月 日～令和 年 月 日の間 療養の為、就労不可であった。					
	療養のため勤務できないことに関する医師の証明	住所 医師 氏名				
標準報酬	第 級 円(月額)	請求期間	令和 5 年 1 月 1 日から 令和 5 年 1 月 31 日まで	日間	請求金額	円
上記のとおり請求します。			↑ 1か月毎に請求してください。			
文部科学省共済組合 琉球大学 支部長 殿			住所 中頭郡 西原町 千原 2番地			
令和 4 年 2 月 4 日			請求者 氏名 琉球 花子			

- 裏面に給与事務担当者の証明を受けた上、組合に提出して下さい。
  - 療養のため勤務に服することができない期間中に介護保険法の給付を受けたときは、同法の規定による被保険者証に記載されている保険者番号、被保険者番号及び保険者の名称を記入して下さい。
  - ※印欄は記入しないで下さい。
- このとおりに支払ってよろしいか伺います

出納役	出納主任	課長代理	係長	係員

(裏)

令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで出勤しなかった期間に対して、次の金額を支払ったことを証明する。 令和 年 月 日											
令和	年	月	日	間	割	円	給与事務担当者				
令和	年	月	日	間	割	円	官 職				
令和	年	月	日	間	割	円	氏 名				
印											
支給開始日の属する 月以前12ヶ月未満の 場合の組合員期間	ヶ月	標準報酬月額平均 円		組合平均標準報酬月額 円		今回支給日数（該当日に○印を付す） 月 分					
※ 標準報酬の月額平均 <small>（組合員期間が12ヶ月未満の場合は、月額 の平均または組合平均のいずれか低い額を標 準報酬月額平均とする。）</small>  $\frac{\text{標準報酬の日額}}{22} = \text{給付日額}$ $\text{給付日額} \times \frac{2}{3} = \text{給付額}$ $\text{給付額} \times \text{支給日数} = \text{給付決定額}$ $\text{給付決定額} - \text{控除額} = \text{給付決定額}$						曜日	1	8	15	22	29
						曜日	2	9	16	23	30
						曜日	3	10	17	24	31
						曜日	4	11	18	25	
						曜日	5	12	19	26	
						曜日	6	13	20	27	
						曜日	7	14	21	28	
						※ 支給開始日			※ 前回支給分		
令和 年 月 日分 から			令和 年 月 日分 からの 令和 年 月 日分 まで の 日間分			令和 年 月 日分 からの 令和 年 月 日分 まで の 日間分					