

## 傷病手当金 請求書(表)

				※決定額	円
組合員証番号			組合員氏名	所属局(部)課名	
傷病名		資格取得年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	資格喪失年月日	令和 年 月 日
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	
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
療養のため勤務できないことに関する医師の証明	令和 年 月 日 住所 医師 氏名 <span style="float: right;">㊟</span>				
標準報酬	第 級 円(月額)	請求期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	請求金額 円
上記のとおり請求します。 文部科学省共済組合 琉球大学 支部長 殿 令和 年 月 日 住所 請求者 氏名 <span style="float: right;">㊟</span>					

- 1 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。
- 2 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。
- 3 ※印欄は記入しないで下さい。

(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 令和	年 年	月 月	日 日	間	割	円	給与事務担当者					
令和 令和	年 年	月 月	日 日	間	割	円	官 職					
令和 令和	年 年	月 月	日 日	間	割	円	氏 名 <span style="float: right;">印</span>					
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			組合平均標準報酬月額			今回支給日数（該当日に○印を付す） 月 分				
		円			円							
<p>※ 標準報酬の月額平均 (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。)</p> <p style="text-align: center;">標準報酬の日額</p> <p style="text-align: center;">(5円未満の端数は切り 捨て、5円以上10円未 満の端数は10円切り上 げ)</p> <p style="text-align: center;">÷ 2 2 =</p> <p>標準報酬の日額</p> <p style="text-align: center;">給付日額</p> <p style="text-align: center;">(50銭未満の端数は切り 捨て、50銭以上1円 未満の端数は1円に切り 上げ)</p> <p style="text-align: center;">× 2 / 3 =</p> <p>給付日額</p> <p style="text-align: center;">支給日数</p> <p style="text-align: center;">給付額</p> <p style="text-align: center;">× =</p> <p>給付額</p> <p style="text-align: center;">控除額</p> <p style="text-align: center;">給付決定額</p> <p style="text-align: center;">- =</p>							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				※ 今回支給分				
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				