

給付種別

210

傷病手当金請求書

令和 年 月分 (第 回目)

該当する□にはレ印を記入してください。

組合員等記号番号 又は個人番号 〇〇〇-123456	組合員氏名 共済 太郎	所属機関の名称 〇〇市	
資格を取得した日 昭和 年 月 日 平成 〇〇 〇〇 〇〇 令和	資格を喪失した日 令和 年 月 日	標準報酬月額 円	
傷病名 〇〇〇〇〇病	発病の日 平成 年 月 日 令和 〇〇 〇〇 〇〇	勤務できなくなった最初の日 平成 年 月 日 令和 〇〇 〇〇 〇〇	
傷病発生事由は第三者の行為または公務によるものですか? <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	請求期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 〇〇 〇〇 〇〇 ~ 〇〇 〇〇 〇〇	請求金額 円	
年金受給状況 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 請求中	受給している年金の種類 <input type="checkbox"/> 障害厚生(共済) <input type="checkbox"/> 障害手当金	支給開始年月日 平成 年 月 日	年金年額 円
介護 保険者番号	介 護 保険者の名称	けたとき 保険者の名称	

必ずどちらかにレ印をご記入ください。
第三者の行為または公務によるものである場合には、詳しい状況をお尋ねします。

上記のとおり請求します。
岡山県市町村職員共済組合理事長 様
令和 年 月 日
請求者 住所 〇〇市△△町〇-〇-〇
氏名 共済 太郎

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます
令和

この欄は所属所担当課で記入します

(2024.12改訂)

【添付するもの】

- 療養のために勤務できないことに関する医師の証明書
- 出勤簿の写し及び給与簿の写し(原本証明要)又は報酬支給額証明書
- 同意書

【傷病手当金と障害年金等との調整について】

傷病手当金は、老齢(退職)年金や同一の傷病について障害年金等の支給を受けることができるときは支給停止となりますが、傷病手当金の額が高いときは差額を支給することになっています。

以下は、共済組合使用欄につき、記入不要です。

局長	課長	課長補佐	係長	係	決定年月日

支給期間					
年	月	日	年	月	日

支給日数
日

年金等との調整
有・無

決定額
円