

傷病手当金等附加請求書

記載例

記号は、「9700」と記入してください。

番号は、職員コードを記入してください。退職している方は、在職時の職員コードを記入してください。

組合員証	(記号)	(番号)	所属機関	名称	(局・室・区)	(部)	(課)
	9 7 0 0 ● ● ● ● ●	● ● ● ● ●			総務企画局 人事部 福利厚生課		
組合員氏名	共済 太郎			所在地	福岡市中央区天神1丁目8番1号		
資格取得日	昭和●●●●年●●月●●日	資格喪失日	資格喪失日は、退職後に継続して給付を受けている方のみ、退職日の翌日をご記入ください。				
傷病名	●●●●			発病の日	平成●●年●●月●●日		
傷病の原因	1 公務中又は通勤中 2 その他の私病			請求期間の初日と請求する月の末日をご記入ください。(複数月まとめて請求することも可能です。) ※ただし、支給期間の満了する月は、その請求できる最後の日にちを記入してください。			
標準報酬の等級及び月額	19 320,000 円		請求期間	平成28年10月1日から平成28年10月31日まで			
請求金額	標準報酬日額(*1) × 2/3 (円未満四捨五入) × 請求日数 =			213,400 円			
障害厚生年金の額	円	支給開始年月	左記の計算式に当てはめて、請求金額をご記入ください。 ※ 請求日数は、請求期間の始めから終わりまでの日数から土日を除いた日数(要勤務日数)です。				
国民年金法による障害基礎年金の額	円	支給開始年月	平成	年	月	日	
障害手当金の額	障害共済年金等の支給を受けている方は、こちらに支給金額等の記入をお願いします。						
退職老齢年金給付の額	円	支給開始年月	平成	年	月	日	
介護保険法による給付を受けていた時	保険者番号	被保険者番号	保険者の名称				
介護保険の給付を受けていた場合、介護保険証の番号等をご記入ください。							
上記のとおり請求します。							
福岡市職員共済組合理事長		住所・氏名・電話番号(日中の連絡先)をご記入の上、押印(認印可)をお願いします。					
平成28年11月1日		請求期間経過後の日にちを記入してください。					
請求者		〒●●●●-●●●● 住所 福岡市中央区●●●●-●●●● 氏名 共済 太郎 連絡先 090-xxxx-xxxx					
所属機関証明欄							
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。							
平成28年11月2日		所属機関の長 職名 福利厚生課長 氏名 短期 花子					

*1 標準報酬日額 = 標準報酬月額 ÷ 22 (10円未満四捨五入)
* 本請求書に記載された個人情報、当該給付金支給のために利用します。

所属機関の長又は給与事務担当者証明欄

平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで勤務しなかった期間

における給与について次のとおり証明します。

期間 (※まとめでの記入可能)	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで
	給料		円		円	
地域手当		円		円		円
扶養手当		円		円		円
住居手当		円		円		円
給与の減額がない場合の支給額		円		円		円

期間(※月ごとの記入)	支給対象日数	給与支給割合
平成 年 月 日から		
平成 年 月 日まで	日	割
平成 年 月 日から		
平成 年 月 日まで	日	割
平成 年 月 日から		
平成 年 月 日まで	日	割
平成 年 月 日から		
平成 年 月 日まで	日	割
平成 年 月 日から		
平成 年 月 日まで	日	割

共済組合にて証明を取りますので、記入不要です。

平成 年 月 日

所属機関の長又は給与事務担当者 職名
氏名

印