

記号は「9700」とご記入ください。

傷病手当金申請書

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。

記載例

組合員証	(記号)	(番号)	所属機関	名称	(局・室・区)	(部)	(課)
	9700	●●●●			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			
資格取得日は、組合員証(保険証)記載の資格取得日をご記入ください。				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。			
資格取得日	H●年●月●日		資格喪失日	年 月 日			
傷病名 (病気休業の理由となっている傷病名)	●●●		発病の日	H●●年●●月●●日			
傷病の原因	1 公務中又は通勤 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。		H●●年●●月●●日		
標準報酬の等級 及び月額	19 級 320,000 円		請求期間	R1年 9月 1日 から R1年 11月 30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		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。				
障害厚生年金の額	円	支給開始年月	年	月			
国民年金法による 障害基礎年金の額	円		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。				
障害手当金の額	円	支給年月日	年	月	日		
退職老齢年金 給付の額	円	支給開始年月	年	月			
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。 (あて先) 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。				
令和元年 12月 1日		請求者		住所 福岡市中央区●●●-●●-●●			
				氏名 共済 太郎			
				連絡先 090-xxxx-xxxx			

*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は、当該給付金支給のために利用します。

※ 支給が決定しましたら、決定通知書を送付します。決定に不服があるときは、行政不服審査法により、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に文書又は口頭で、福岡市職員共済組合審査会に審査請求をすることができます。また、決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、当共済組合を被告として提起することができます。

所属機関の長又は給与事務担当者証明欄

年 月 日 から 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)	年 月 日から	年 月 日から	年 月 日から	日 から 日まで
	年 月 日まで	年 月 日まで	年 月 日まで	
給料				円
地域手当				円
扶養手当				円
住居手当				円
				円

共済組合にて証明を取りますので、記入不要です。

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

年 月 日

所属機関の長又は給与事務担当者 職名
氏名

印