

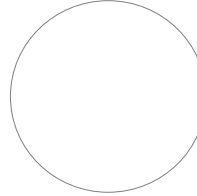
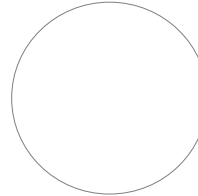
給付種別
210

傷病手当金請求書

令和 年 月分 (第 回目)

所属所受付印

共済組合受付印



該当する□にはレ印を記入してください。

組合員証記号番号 又は個人番号		組合員 氏名	所属機関 の名称	
資格を取得した日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日		資格を喪失した日 令和 年 月 日		標準報酬月額 円
傷病名		発病の日 平成 年 月 日 令和 年 月 日		勤務できなくなった最初の日 平成 年 月 日 令和 年 月 日
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？ ☐ はい ☐ いいえ		請求期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		請求金額 円
年金受給状況 ☐ なし ☐ あり ☐ 請求中	受給している年金の種類 ☐ 障害厚生（共済） ☐ 障害基礎 ☐ 障害手当金 ☐ 老齢厚生（退職共済）		支給開始年月日 平成 年 月 日 令和 年 月 日	年金年額 円
介護保険法による給付を受けたとき				
保険者番号	被保険者番号		保険者の名称	

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
住所
請求者
氏名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。
令和 年 月 日
職名
所属所長
氏名

(2022.1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