

**傷病手当金
傷病手当金附加金 請 求 書**

決定額	法定給付								円
	附加給付								円
	計								円

組合員証番号 1 2 3 4 5 6	組合員氏名 福利 太郎		請求期間 平成〇〇年△△月××日から 平成〇〇年△△月〇×日まで	請求金額 311,259 円
資格取得年月日 昭和 〇〇年△△月××日 平成	掛金の基礎 給料月額 〇〇〇,〇〇〇 円		(教育給料表) 〇級〇〇〇号級	勤務できなかった 最初の日 昭和 〇〇年△△月××日 平成
資格喪失年月日 平成 年 月 日	退職年金の額 〇,〇〇〇,〇〇〇 円		退職年金の支給年月 平成〇〇年△△月	
休職発令年月日 平成 〇〇年△△月××日	退職障害 障害一時金の額 円		障害一時金の支給年月日 平成 年 月 日	
療養のため 勤務(労務) できないこと に関する 医師の証明 (具体的に 記入してく ださい。)	傷病名 ×××××××	発病(初診年月日) 昭和・平成〇〇年△△月××日	症状及び経過 症状が持続しており、療養を継続する必要があるため	
	平成〇〇年△△月××日	TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇	TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇	
	医師住所 和歌山市××	氏名 ××クリニック 病院 次郎	TEL ×××(×××)××××	
上記のとおり請求 公立学校共済組 平成〇〇年△△月×〇日	請求者 氏名 福利 太郎	住所 和歌山市〇〇	TEL ×××(×××)××××	
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。				
平成〇〇年△△月×△日		所属所名 所属所長 職氏名 △△小学校 校長 共済 裕司	△△小学校 印	

該当する場合のみ記入

申告者・請求者氏名欄は自筆でお願いします。

給与支給状況証明書

休職発令根拠法令(地方公務員法第28条第1項)	左記のことは、事実と相違ありません。		
病休期間 10割支給 平成〇〇年△△月××日～	平成〇〇年△△月××日		
休職期間 8割支給 平成〇×年△×月×〇日～	所属所長 △△小学校		
休職期間 無給 平成〇△年△〇月×△日～	職氏名 校長 共済 裕司 印		
復職 平成 年 月 日～			
掛金の基礎 給料月額 357,246	給料日額 (10円未満四捨五入) $\times \frac{1}{22} =$ 16,240	支給額	控除額
給料日額 16,240	給付日額 (円未満四捨五入) $\times \frac{2}{3} \times 1.25 =$ 13,533	支給決定額	
給付日額	支給日数(土・日除く)	支給額	
13,533	\times 23	= 311,259	
今回給付日数	△△ 月分	23 日	
月曜日	火曜日	水曜日	木曜日
①	②	③	④
⑤	⑥	⑦	⑧
⑨	⑩	⑪	⑫
⑬	⑭	⑮	⑯
⑰	⑱	⑲	⑳
㉑	㉒	㉓	㉔
㉕	㉖	㉗	㉘
㉙	㉚	㉛	㉜
給付開始日 平成 〇 年 〇 月 〇 日から	前回給付分 平成 〇 年 〇 月 〇 日から	今回給付分 平成 〇 年 〇 月 〇 日から	

【添付書類】・人事異動通知書(休職発令・無給休職発令)の写し(初回請求のみ)