（表面）

決裁	理事長	局長	次長	課長	副課長	主幹	副主幹	係
	○							

（伺）下記のとおり支給してよろしいか。

共済記入欄		
	起案日	/
	支給日	/
	決定額	円

傷病手当金請求書

下記のとおり請求します。
兵庫県市町村職員共済組合理事長　様

請求日	令和 7 年 1 月 10 日														
組合員等記号番号	所属所			企業		番号					所属所名				
	1	2	3		4		5	6	7	8	○○市				
資格取得年月日	昭・(平)・令 24 年 4 月 1 日										組合員氏名	共済　太郎		年齢	種別
資格喪失年月日	令和　年　月　日														
勤務できなくなった最初の日	令和 5 年 9 月 20 日										請求期間	令和 6 年 12 月 17 日から		休業日数	
支給開始日	令和 6 年 12 月 17 日から											令和 6 年 12 月 31 日まで		（11）日	

請求金額	90,090 円	（内訳）給付額 136,697円（Ⓒ） －調整額 46,607円（Ⓖと①のいずれか高い額）	介護保険法の給付を受けているとき		
			保険者番号	被保険者番号	保険者の名称

いずれかに○印を入れてください

退職後の就労状況	就労している・就労していない		失業保険の受給状況	有・無		
地方公務員災害補償法に基づく休業補償又は傷病補償年金等 ※1 ※2	有・請求中・(無)		第三者行為との因果関係	有・(無)		
障害厚生（共済）年金 ※2	(有)・請求中・無	支給年額	305,000 円	支給開始年月	平・(令) 6 年 4 月	
障害基礎年金 ※2	(有)・請求中・無	支給年額	813,700 円	支給開始年月	平・(令) 6 年 4 月	
障害手当（一時）金 ※2	有・請求中・(無)	支給額	円	支給年月日	平・令　年　月　日	
老齢厚生（共済）年金 ※2 ※3	有・請求中・(無)	支給年額	円	支給開始年月	平・令　年　月	
老齢基礎年金 ※2 ※3	有・請求中・(無)	支給年額	円	支給開始年月	平・令　年　月	

※1 同一の傷病で有の場合、傷病手当金は支給できません。
※2 傷病手当金の受給後に給付を受けることとなった場合は、受給した傷病手当金を返還していただくことになりますので共済組合までご連絡ください。
※3 資格喪失後に給付を受ける場合は、傷病手当金と調整されます。

療養のため勤務できないことに関する医師の証明

○ 傷病名
脳梗塞後遺症
【傷病名が変更になった場合のみ】因果関係　（　有　・　無　）

○ 発病年月日　平・(令) 5 年 9 月 20 日
○ 初診年月日　平・(令) 5 年 9 月 20 日

○ 傷病の現症、安静度、その他
体動歩行において困難を認める

○ 労務不能と認めた期間
令和 5 年 9 月 20 日 ～ 令和 6 年 12 月 31 日

○ 今後、経過の見とおし（症状の傾向、治療の見とおし）
歩行運動機能訓練を続ける

令和 7 年 1 月 10 日

医療機関名　○○市立病院
所在地　○○市○○区○○町1-1
医師氏名　平井　健

○ 労務可能の見込み時期（必ず記入してください。不明の場合は□に✔を付してください。）
令和　年　月　日　☑不明

※証明日は「労務不能と認めた期間」以降で証明してください。

上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。

令和 7 年 1 月 10 日
所属所長　職名　○○市長
氏名　保健　次郎

共済組合受付印

1 請求書は１月分につき１枚ずつ作成のうえ、太線の中を記入してください。
2 裏面に所属機関の長または給与事務担当者の証明を受けて、共済組合に提出してください。
3 「療養を担当した医師の意見欄」は傷病手当金支給決定の基礎となるものですから、その記入にあたっては、できる限り各科専門医において事実を的確かつ詳細に記載するとともに、在職中は職場復帰が可能かどうか退職後は労働能力があるか否かについて意見を記載してください。なお、労働能力を回復した（勤務することができる状態にある）にもかかわらず、勤務しない場合等は傷病手当金の支給要件に該当しません。
4 「因果関係」とは、前の病気又は負傷がなかったならば後の病気が起こらなかったであろうと認められる場合をいい、後の病気の「原因の一つ」に過ぎない場合又は「誘因」でしかない場合は、「因果関係なし」として判断してください。
5 初回請求時は「傷病手当金請求に係る同意書（初回請求用）」を添付してください。

（裏面へ続く。）

今回請求分(該当日に〇印を付してください。)

令和　（　6　）年（　12　）月分

請求回数　（　1　）回目

日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
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				

※祝日について

☑ 要勤務日であるが職務専念義務の免除（報酬の支給対象）
☐ 要勤務日ではない（報酬の支給対象外）

在職中の場合、報酬の支給状況を証明してください。
給付対象月に報酬の支給がある場合は、支払った報酬について証明してください。
（初回請求や復職後の再請求の場合は、勤務できなくなった最初の日から請求月までの「報酬支給額証明書」を添付してください。）

☐ 支給あり　　☐ 支給なし

	①日々の勤務に対し支給される報酬				②日々の勤務とは関係なく支給される報酬					合計
	基本給	地域手当	手当	小計	扶養手当	通勤手当	住居手当	手当	小計	
本来の支給額										
令和　年　月　日～　日　割支給										
令和　年　月　日～　日　割支給										

令和　年　月　日から同月　日までの出勤しなかった期間に対する報酬の支給について
上記のとおり相違ありません。

令和　年　月　日

所属機関の長　職　名
又は
給与事務担当者　氏　名

支給額の計算

支給開始日の属する月以前12月の標準報酬月額の合計

4,920,000 円 × 1/12 × 1/22 ＝ 標準報酬の日額 18,640 円（10円未満四捨五入）…Ⓐ

給付日額
Ⓐ × 2/3 ＝ 12,427 円（円未満四捨五入）…Ⓑ

支給日数　給付額
Ⓑ × 11 日 ＝ 136,697 円…Ⓒ

標準報酬の月額	
	令和 5 年 9 月 ～ 27 等級 410,000 円
	令和 6 年 9 月 ～ 27 等級 410,000 円

（報酬との調整）

①日々の勤務に対し支給される報酬について

支払われた報酬　勤務を要する日
0 円 × 1/ 11 日 ＝ 0 円（小数点第三位切捨）…Ⓓ

②日々の勤務とは関係なく支給される報酬について

支払われた報酬
0 円 × 1/22 日 ＝ 0 円（小数点第三位切捨）…Ⓔ

報酬日額
Ⓓ ＋ Ⓔ ＝ 0 円（円未満切捨）…Ⓕ

勤務を要する日　調整額
Ⓕ × 11 日 ＝ 0 円…Ⓖ

（年金との調整）

支給年額
1,118,700 円 × 1/264 ＝ 4,237 円（円未満切捨）…Ⓗ

支給日数　調整額
Ⓗ × 11 日 ＝ 46,607 円…Ⓘ

報酬支給額証明書

組合員等番号	所属所			企業		番号				組合員氏名
	1	2	3		4		5	6	7	8	共済　太郎

令和 5 年 9 月 20 日～30 日	報酬①	種別	基本給	地域手当			小計	合計
		本来の支給額	350,000 円	36,300 円	円	円	386,300 円	
		支給実績	133,333 円	13,829 円	円	円	147,162 円	（報酬①＋報酬②）
支給対象日数 8 日	報酬②	種別	扶養手当	住居手当	通勤手当		小計	
		本来の支給額	13,000 円	3,500 円	8,000 円	円	24,500 円	
給与支給割合 10 割		期間内の支給割合	100 %	100 %	100 %	%		
		支給実績	4,952 円	1,333 円	3,048 円	円	9,333 円	156,495 円
令和　年　月 日～　日	報酬①	種別	基本給	地域手当			小計	合計
		本来の支給額	円	円	円	円	円	
		支給実績	円	円	円	円	円	（報酬①＋報酬②）
支給対象日数 日	報酬②	種別	扶養手当	住居手当			小計	
		本来の支給額				円	円	
給与支給割合 割		期間内の支給割合				%		
		支給実績				円	円	円
令和　年　月 日～　日	報酬①	種別					小計	合計
		本来の支給額				円	円	
		支給実績				円	円	（報酬①＋報酬②）
支給対象日数 日	報酬②	種別					小計	
		本来の支給額	円	円	円	円	円	
給与支給割合 割		期間内の支給割合	%	%	%	%		
		支給実績	円	円	円	円	円	円
令和 6 年 12月 1 日～16 日	報酬①	種別	基本給	地域手当			小計	合計
		本来の支給額	350,000 円	36,300 円	円	円	386,300 円	
		支給実績	140,000 円	14,520 円	円	円	154,520 円	（報酬①＋報酬②）
支給対象日数 11 日	報酬②	種別	扶養手当	住居手当			小計	
		本来の支給額	13,000 円	3,500 円	円	円	16,500 円	
給与支給割合 8 割		期間内の支給割合	80 %	80 %	%	%		
		支給実績	5,200 円	1,400 円	円	円	6,600 円	161,120 円
令和 6 年 12月 17 日～31 日	報酬①	種別	基本給	地域手当			小計	合計
		本来の支給額	350,000 円	36,300 円	円	円	386,300 円	
		支給実績	0 円	0 円	円	円	0 円	（報酬①＋報酬②）
支給対象日数 11 日	報酬②	種別	扶養手当	住居手当			小計	
		本来の支給額	13,000 円	3,500 円	円	円	16,500 円	
給与支給割合 0 割		期間内の支給割合	0 %	0 %	%	%		
		支給実績	0 円	0 円	円	円	0 円	0 円

勤務できなくなった最初の日から

傷病手当金請求月まで

全ての期間を証明してください。

報酬①……日々の勤務に対し支給される報酬　　報酬②……日々の勤務とは関係なく支給される報酬

※ 祝日について

☑ 要勤務日であるが職務専念義務の免除（報酬の支給対象）
☐ 要勤務日ではない（報酬の支給対象外）

令和 5 年 9 月 20 日から　令和 6 年 12 月 31 日までの期間について、上記の金額を支払ったことを証明します。

令和 7 年 1 月 10 日

所属所長又は給与事務担当者

職名　〇〇市長

氏名　保健　次郎

傷病手当金請求に係る同意書（初回請求用）

私は、兵庫県市町村職員共済組合が傷病手当金の支給決定を行うにあたり、次の事項について同意します。

なお、本書の写しも有効とします。

1　兵庫県市町村職員共済組合が、下表内の各年金実施機関に対して年金受給権の有無、年金証書記号番号、支給開始年月日、年金額について照会を行い、照会を受けた各年金実施機関が、兵庫県市町村職員共済組合に対し回答すること。

2　兵庫県市町村職員共済組合が、受診医療機関等に対して傷病手当金に係る診療内容等（過去に傷病手当金を受けたことがある場合は、その傷病との因果関係を含む。）の照会を行い、照会を受けた医療機関が、兵庫県市町村職員共済組合に対し回答すること。

3　障害を支給事由とする年金又は障害手当金の受給権を有する場合は、上記に加え、下表内の各年金実施機関に対し給付事由となった傷病についての診断書の内容（傷病名、診断書を作成した病院名及び医師名）の照会を含み、診断書を作成した病院又は医師に対し、今回請求する傷病手当金に係る傷病との因果関係についての照会を含むこと。

4　これらの照会行為について、貴組合に対し一切の異議または請求等の申し立てを行わないこと。

5　年金の遡及決定等により傷病手当金の支給調整を行った結果過払いが生じた場合は、過支給額を返納すること。

年金実施機関	
・日本年金機構	・国家公務員共済組合連合会
・地方職員共済組合（団体共済部を含む）	・公立学校共済組合
・警察共済組合	・東京都職員共済組合
・全国市町村職員共済組合連合会	・日本私立学校振興・共済事業団

兵庫県市町村職員共済組合理事長　様

令和 7 年 1 月 10 日

組合員等記号番号　123 － 5678

住所　〇〇市〇〇町 945-371

電話番号　0154 - 12 - 1256

組合員氏名　共済　太郎　印