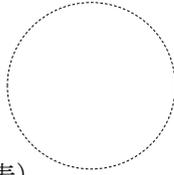


受付印



事務局長	次長	課長	主幹	G L	担当	合議
決裁						

短期請求等様式第8号(表)

※ 決定年月日

傷病手当金請求書			決定額		※		円
組合員等 記号・番号	—		組合員 氏名			所属所名	
資格取得日	年 月 日		資格喪失年月日	年 月 日			
発病年月日	年 月 日		勤務できなくなった 最初の日	年 月 日			
療養を担当した医師の証明	傷病名			初診日	年 月 日		
	勤務できないと認めた期間	年 月 日から		年 月 日まで			
	症状・検査結果・治療内容・療養指導等						
	勤務できないと認めた理由						
	上記のとおり証明します。 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名称 担当医師氏名						
標準報酬 月額	円	請求 期間	年 月 日から 年 月 日まで	請求 金額			円
介護保険法による 給付を受けたとき		市町村番号(保険者番号)	受給者番号(被保険者番号)		発行機関名(保険者名)		
年金等の 受給状況	障害厚生(共済)年金	年金額	円	支給開始年月	年 月		
	障害基礎年金	年金額	円	支給開始年月	年 月		
	障害手当金	決定金額	円	支給年月日	年 月 日		
	老齢厚生(退職共済)年金	年金額	円	支給開始年月	年 月		
	老齢基礎年金	年金額	円	支給開始年月	年 月		
上記のとおり請求します。 滋賀県市町村職員共済組合理事長 殿 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。 年 月 日 職名 所属所長 氏名							

- (注) 1 退職後の請求分については、「傷病手当金申立書」を添付してください。
 2 障害共済年金、障害厚生年金、障害基礎年金、退職又は老齢を給付事由とする年金を受給中の者は、年金証書の写し及び年金額改定通知書(直近のもの)の写しを添付してください。
 3 ※印欄は記入しないでください。

短期請求等様式第8号(裏)

	給料証明期間	年 月 日から			年 月 日まで		
		うち出勤した日					
勤務しなかった期間の給料の証明欄	(初回の請求の場合は、請求書表面の「勤務できなくなった最初の日」から証明してください。)						
	年 月 日 ~	年 月 日	日間				円
	年 月 日 ~	年 月 日	日間				円
	年 月 日 ~	年 月 日	日間				円
	年 月 日 ~	年 月 日	日間				円
	年 月 日 ~	年 月 日	日間				円
	年 月 日 ~	年 月 日	日間				円
	年 月 日 ~	年 月 日	日間				円
上記のとおり相違ないことを証明します。							
年 月 日							
所属機関の長 職名 又は 給与事務担当者 氏名							
給料との調整	※	標準報酬月額	標準報酬日額				
		円×1/22=	円 (10円未満四捨五入)				
		標準報酬日額	給付日額				
		円×2/3=	円 (1円未満四捨五入)				
		給付日額	支給日数	控除額	給付決定額		
		円×	日-	=			円
障害厚生(共済)年金・障害基礎年金・老齢又は退職を給付事由とする年金との調整	※	左に掲げる調整対象となる年金の額					
		円×1/264=		円 (A)			
		給付日額 (A)	支給日数	給付決定額			
		(円-	円) ×	=			円
障害手当金との調整	※	傷病手当金は、同一の傷病について障害手当金の支給を受けることとなったときは、その障害手当金の支給を受けることとなった日からその日以後において支給を受けべき傷病手当金の額の合計額が障害手当金の額に達するまでの間支給しない。					
※支給開始日	年 月 日から			※前回支給分	年 月 日分まで		