

傷病手当金請求書

照合	係

決定額 ※ 円

組合員証 記号番号	組合員 氏名	所属 機関名		
傷病名	資格取得年月日	昭和 平成 令和	年	月 日
	資格喪失年月日	平成 令和	年	月 日
発病 年月日	平成 令和	年	月 日	勤務できなくなった 最初の日
発病 年月日	平成 令和	年	月 日	平成 令和
発病 年月日	平成 令和	年	月 日	平成 令和
勤務不能と 認められた期間	平成・令和 平成・令和	年	月 日	から 年 月 日まで
療養のため 勤務できな いことに 関する 医師の 証明	住所 医師 氏名			
標準報酬の 等級及び 月額	第 級 円	請求 期間	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで	請求金額 円
障害給付	障害厚生年金額	円	支給開始年月	平成・令和 年 月
	障害基礎年金額	円	支給開始年月	平成・令和 年 月
	障害手当金額	円	支給年月日	平成・令和 年 月 日
退職老齢 年金給付	老齢基礎年金額	円	支給開始年月	平成・令和 年 月
	()	円	支給開始年月	平成・令和 年 月
	()	円	支給開始年月	平成・令和 年 月
上記のとおり請求します。				
愛知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				

- ※欄は記入しないでください。
- 退職老齢年金給付欄の () には、支給を受けている退職老齢年金種別を記入してください。
退職老齢年金給付とは、老齢厚生年金等、退職又は老齢を支給事由とする年金をいいます。