



傷病手当金請求書 傷病手当金附加金

決定額 ※ 円 共済組合 審査欄

組合員等 組記号番号	0801-1234567890	組合員氏名	農林 花子		所属局(部) 課名	△△局□□課
傷病名	うつ病	資格取得 年月日	平成 26 年 10 月 1 日	資格喪失 年月日	令和 年 月 日	
発病年月日	令和 5 年 9 月 9 日	勤務できなくなった最初の日		令和 5 年 9 月 9 日		
介護保険法の 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			
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					所屬所 確認欄
過去12月の平均標準 報酬月額	336,666.666666 円	請求期間	令和 5 年 12 月 1 日 から 令和 5 年 12 月 31 日 まで	請求金額	172,221 円	

上記のとおり請求します。

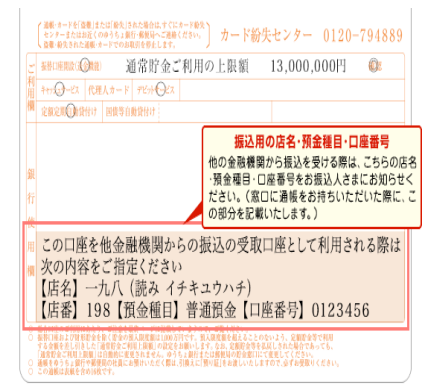
農林水産省共済組合事務執行者 殿

令和 6 年 1 月 5 日

住所 東京都千代田区霞が関〇-〇-〇
請求者 氏名 農林 花子

書面での提出の場合は押印してください。
※メールでの提出の場合は不要です。

公金受取口座への振り込みを希望しない場合は、振込先口座欄にも記入をお願いします。
ゆうちょ銀行の場合は、通帳下部の店名・口座番号を記載してください(通帳上部に記載の記号番号は口座番号ではありません)。



- 裏面に給与事務担当者の証明を受けた上、組合に提出して下さい。
- 療養のため勤務に服することができない期間中に介護保険法の給付を受けたときは、同法の規定による被保険者証に記載されている保険者番号、被保険者番号及び保険者の名称を記入して下さい。
- 任意継続組合員は、標準報酬欄に退職の際の掛金の基礎となった標準報酬の月額のほか、任意継続掛金の標準となった標準報酬の月額を記入して下さい。
- ※印欄は記入しないで下さい。

振込先口座 (職員名義の国内口座を記入) 公金受取口座希望 (する / しない)
※公金受取口座への振り込みを希望する場合は、公金受取口座希望の「する」を選択し、振込先は記入不要です。

公金受取口座希望について、「する」「しない」に〇がなく振込先口座が記入されている場合は通常の口座振込と判断します。

給付金振込先 ○○ 銀行 △△ 本・支店

普通・当座 口座番号 0123456 フリガナ 農林 花子
名義人

令和 5 年 12 月 1 日から 令和 5 年 12 月 31 日まで出勤しなかった期間に対して、次の金額の報酬を支払ったことを証明する。

請求期間にかかわらず、月の初めから末日にする。

令 年 月 日 } 間 割 円
 " 年 月 日 }
 " 年 月 日 } 間 割 円
 " 年 月 日 }
 " 年 月 日 } 間 割
 " 年 月 日 }

令和 年 月 日
 官職
 給与事務担当者 氏名

所属所の給与支給事務担当者から、報酬の支払い証明を受けてください。ただし、報酬支給額証明書を提出する場合は省略可能です。

※ 1 2 月間の各月の標準報酬月額平均

$336,666.666666 \div 22 = 15,300$

標準報酬の日額 $\left(\begin{array}{l} \text{五円未満の端数は切り捨て、} \\ \text{五円以上十円未満の端数は十円に切り上げ} \end{array} \right)$

標準報酬の日額 $15,300 \times \frac{2}{3} = 10,200$

$\left[\begin{array}{l} \text{円未満四捨五入} \end{array} \right]$

給付日額 $10,200 \times 21 = 214,200$

給付額 $214,200 - 41,979 = 172,221$

今回支給日数 (該当日に)
○印を付す

	12 月分				
金曜日	①	⑧	⑮	⑳	㉑
土曜日	2	9	16	23	30
日曜日	3	10	17	24	31
月曜日	④	⑪	⑱	㉕	
火曜日	⑤	⑫	⑲	⑳	
水曜日	⑥	⑬	⑳	㉗	
木曜日	⑦	⑭	㉑	㉘	

※ 支給開始日

※ 前回支給分

※ 今回支給分

令和 年 月 日分から

令和 年 月 日分まで

令和 5 年 12 月 31 日分まで