

色付けされた欄に必要事項を記入してください。(提出する書類には色を付けないでください。)

傷病手当金請求書
傷病手当金附加金

組合員証番号	0801-1234567890	組合員氏名	農林 花子		所属局(部)名	△△局□□課	共済組合 審査欄
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 2 年 9 月 9 日	勤務できなくなった最初の日		令和 2 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 (印)						所属所 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 2 年 12 月 7 日 から 令和 2 年 12 月 31 日 まで	請求金額	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 3 年 1 月 5 日	請求者		住所	東京都千代田区霞が関〇-〇-〇			
			氏名	農林 花子			

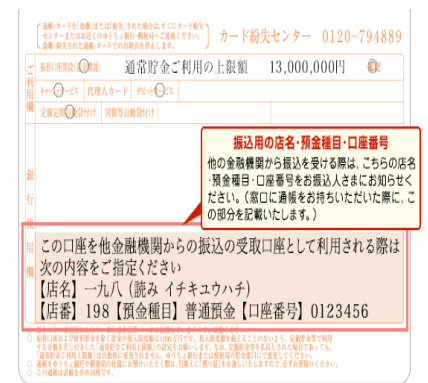
- 裏面に給与事務担当者の証明を受けた上、組合に提出して下さい。
- 療養のため勤務に服することができない期間中に介護保険法の給付を受けたときは、同法の規定による被保険者証に記載されている保険者番号、被保険者番号及び保険者の名称を記入して下さい。
- 任意継続組合員は、標準報酬額に退職の際の掛金の基礎となった標準報酬の月額のほか、任意継続掛金の標準となった標準報酬の月額を記入して下さい。
- ※印欄は記入しないで下さい。

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。

給付金振込先	〇〇 銀行	△△ 本・支店
フリガナ名義人	ワケ 農林 花子	
普通・当座	口座番号	0123456

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)。



令和 年 月 日から 令和 年 月 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。

令	年	月	日	}	間	割	円	令和	年	月	日
〃	年	月	日								
〃	年	月	日	}	間	割	円	給与事務担当者	官職	氏名	
〃	年	月	日								
〃	年	月	日	}	間	割	円				
〃	年	月	日								

※ 1 2 月間の各月の標準報酬月額÷ 標準報酬の日額 (五円未満の端数は切り捨て、五円以上十円未満の端数は十円に切り上げ) = 標準報酬の日額

標準報酬の日額 × 給付日額 (円未満四捨五入) = 給付日額

給付日額 × 支給日数 = 給付額

給付額 - 控除額 = 給付決定額

今回支給日数		(該当日に) ○印を付す				
月分						
火曜日	1	8	15	22	29	
水曜日	2	9	16	23	30	
木曜日	3	10	17	24	31	
金曜日	4	11	18	25		
土曜日	5	12	19	26		
日曜日	6	13	20	27		
月曜日	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	令和 年 月 日分	令和 年 月 日分