

支 出 計 算 書						伝票番号	1 2 3 4	小切手番号		
支部長	理 事	部 長	G L	副 G L	主 査	グループ員				
						左記金額領収いたしました。				
						5 6	7 8	9 10		
※ 決裁年月日		令和 年 月 日		※ 決定金額				円		氏名 印
データ区分※		傷病手当金請求書( 月分)								
11	12	13	14							
6	1									
組 合 員 証 番 号						療養のため勤務でき ないことに関する 医師の証明		( 期 間 ) 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで		
組 合 員 氏 名								( 理 由 )		
資 格 取 得 年 月 日		昭和 平成 令和 年 月 日						令和 年 月 日 住所 医師 氏名 印		
傷 病 名										
発 病 年 月 日		令和 年 月 日								
勤務に服さなかった期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				老人保健法の医療 を受けたとき		市町村番号	受給者番号	発行機関名
勤務できなくなった最初の日		令和 年 月 日								
請 求 期 間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				23 24	日間			
請 求 金 額		25	26	27	28	29	30	31	円 標 準 報 酬 第 級 円 検 印	
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">文部科学省共済組合広島大学支部長 殿</p> <p style="text-align: right;">所属部(室)グループ名 住 所 請求者 氏 名 印</p>										

- 1 裏面に給与事務担当者の証明を受けた上、組合に提出してください。
- 2 療養のため勤務に服することができない期間中に老人保健法の医療を受けたときは、健康手帳の医療の受給資格を証するページに記載されている市町村番号、受給者番号及び発行機関名を記入してください。
- 3 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、同胞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。
- 4 ※印欄は記入しないでください。

部局受付年月日	受付者

(裏)

年 月 日 から 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。

年	月	日	} 間	割	円	令和	年	月	日	
年	月	日		} 間	割					円
年	月	日			割					円

給与事務担当者 官職氏名 印

※ 標準報酬の月額  標準報酬の日額  給付日額  給付額	÷	22	=	標準報酬の日額	五円未満の端数切り捨て 五円以上十円未満の端数 は十円に切り上げ	今回支給日数(該当日に○印を付す)					
						給付日額	(五十銭未満の端数は切り捨て 五十銭以上一円未満の端数 は一円に切り上げ)	令和	年	月	月
	×	$\frac{2}{3}$	=	給付日額	給付額	曜日		1	8	15	22
	×		=	給付額	給付決定額	曜日	2	9	16	23	30
	×		=	給付額	給付決定額	曜日	3	10	17	24	31
	×		=	給付額	給付決定額	曜日	4	11	18	25	
	×		=	給付額	給付決定額	曜日	5	12	19	26	
	×		=	給付額	給付決定額	曜日	6	13	20	27	
×		=	給付額	給付決定額	曜日	7	14	21	28		

※ 支給開始日	年 月 日	※ 前回支給分	※ 今回支給分
※ 支給期限	年 月 日	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間分	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間分