

支部長	理事	部長	G L	副 G L	主 査	グループ員

別紙様式4

傷病手当金附加金請求書(表)

決 定 額 ※ 円

組 合 員 証 番 号		組 合 員 氏 名		所 属 部 (室)	
				グ ル ー プ 名	
傷 病 名		資 格 取 得 日		資 格 喪 失 日	
		年 月 日		年 月 日	
発 病 年 月 日	令 和 年 月 日	勤 務 でき なくな った 最初 の 日		令 和 年 月 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		発 行 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	(期 間) 令 和 年 月 日 ~ 令 和 年 月 日 (証 明 日) 令 和 年 月 日				
	(理 由)				
	住 所				
	医 師 氏 名				
	印				
標 準 報 酬	第 級	円 (月 額)	請 求 期 間	令 和 年 月 日 から 令 和 年 月 日 まで	請 求 金 額 円

上記のとおり請求します。

文部科学省共済組合広島大学支部長 殿

令和 年 月 日

住所 請求者 氏名

- 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。
- 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医療を受けたときは、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ください。
- ※印欄は記入しないでください。

部局受付年月日	受付者

(裏)

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。											
令和 年 月 日	} 間	割	円	令和 年 月 日							
令和 年 月 日	} 間	割	円	給与事務担当者							
令和 年 月 日	} 間	割	円	官職氏名							
支給開始日の属する月以前 12ヶ月未満の場合の組合員期間		ヶ月	標準報酬月額平均 円	組合平均標準報酬月額 円	今回支給日数(該当日に○印を付す) 月 分						
※ 標準報酬の月額平均 (組合員期間が12ヶ月未満の場合は、 月額平均または組合平均のいずれか 低い額を標準報酬月額平均とする。) $\text{標準報酬の月額平均} \div 22 = \text{標準報酬の日額}$ $\text{標準報酬の日額} \times \frac{2}{3} = \text{給付日額}$ $\text{給付日額} \times \text{支給日数} = \text{給付額}$ $\text{給付額} - \text{控除額} = \text{給付決定額}$				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)	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)	曜日	1	8	15	22	29
				曜日	2	9	16	23	30		
				曜日	3	10	17	24	31		
				曜日	4	11	18	25			
				曜日	5	12	19	26			
				曜日	6	13	20	27			
				曜日	7	14	21	28			
※ 支給開始日		令和 年 月 日	※ 前回支給分			※ 今回支給分					
※ 支給期限		令和 年 月 日	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間分	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間分							