

# 傷病手当金附加金請求書

団体名	教職互助	所属所コード		所属所名																											
		会員コード		会員氏名																											
傷病手当金附加金の					発病年月日																										
請求期間			給付日数	給付率	控除額																										
令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				2 / 3	円																										
傷病名				勤務できなくなった 最初の日	令和 年 月 日																										
障害年金等の金額	円			障害年金等の 支給開始年月																											
請求該当月の標準報酬月額			円																												
請求金額	円			※決定金額	円																										
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、次の金額の給料を支払ったことを証明する。 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 間 割 円 令和 年 月 日 職名 氏名 <span style="float: right;">印</span>																															
今回支給日数 (○は該当日) 令和 年 月 分																															
日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
曜日																															
該当																															
給料との調整																															
標準報酬月額	日 額		日 額		給付日額																										
	×1/30 = 円 (10円未満四捨五入)		× 2/3 =		円 (50銭以上切り上げ)																										
給付日額	支給日数	給付額	給付額	控除額	給付決定額																										
×	=	円	-	=	円																										
障害年金等との調整																															
障害年金額等	障害年金等日額		障害年金等日額	支給日数	傷病手当金等控除額																										
	×1/360 = 円 (円未満端数切り捨て)		×	=	円																										
給付額	控除額	給付決定額																													
-	=	円																													
支給開始日	令和 年 月 日	前回支給分	令和 年 月 日	今回支給分	令和 年 月 日																										
療養のため勤務できないことに関する医師の証明	令和 年 月 日 住所 医 師 氏名 <span style="float: right;">印</span>																														
上記のとおり請求します。 一般財団法人石川県教職員互助会理事長 様 令和 年 月 日 自宅住所 請求者 職名 氏名 <span style="float: right;">印</span>																															
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 所属所名 所属所長 職氏名 <span style="float: right;">印</span>					所属所受付印																										

※ 氏名を自署する場合は押印不要

1. 所属機関の長の証明を受けたいえ、教職員互助会に提出してください。