

< 病気やケガで休職となり報酬が減額された場合 >

様式第8号(2-1)

傷病手当金請求書			決定額	*
			円	
組合員等記号・番号	組合員名前		所属機関	
△△△△-△△△△	共 済 太 郎		名 称	○ ○ 市
			所在地	○ ○市○ ○町
生年月日	組合員資格		標準報酬の等級及び月額	
	取得年月日	喪失年月日		
△△△△年 △月 △日	△△△△年 △月 △日	年 月 日	24 等級 340,000 円	
傷病名	発病年月日	勤務できなくなった最初の日		
脳 腫 瘍	△△△△年 △月 △日	△△△△年 △月 △日		
請求する傷病について、地方公務員災害補償法に規定された休業補償等の申請をしていますか？	療養のために休んだ期間(請求期間)		請求金額	
<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	△△△△年△月 △日～△△△△年△月 △日		円	
年金の受給状況について				
支給事由	年金等の名称	受給状況	年金額等(受給中の年金がある場合のみ記入)	
			支給(開始)年月	支給(年)額
障がい	障害厚生(共済)年金	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 請求中	△△△△年 △月	△,△△△, △△△円
	障害基礎年金	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 請求中	△△△△年 △月	△△△, △△△円
	障害手当金	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 請求中	年 月	円
老 齢	老齢厚生(退職共済)年金	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 請求中	年 月	円
	その他()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 請求中	年 月	円
介護保険法による給付を受けたとき				
保険者番号		被保険者番号		保険者の名称
上記のとおり請求します。 広島県市町村職員共済組合理事長 様 △△△△年 △月 △日 請求者名前 共 済 太 郎				
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 △△△△年 △月 △日 所属所長 職 名 ○ ○ 市 長 名 前 ○ ○ ○ ○				

<提出書類>

提出書類	区 分	
	初回請求時	2回目以降請求時
傷病手当金請求書(様式第8号(2-1))	○	○
療養のため勤務できないことに関する医師の証明書(様式第8号(2-2))	○	○
同意書(様式第8号(別紙))	○	
就労能力等に関する申立書	※	※
就労能力等について医師の意見書	※	※

※ 退職後の初回請求時に必要となります。

注) 初回請求時は、傷病手当金請求書中の「勤務できなくなった最初の日」及び「療養のために休んだ期間(請求期間)」の初日並びに、療養のため勤務できないことに関する医師の証明書中の「労務不能と認めた期間」の初日が同一日であることを確認してください。

また、傷病手当金請求書中の「療養のために休んだ期間(請求期間)」が療養のため勤務できないことに関する医師の証明書中の「労務不能と認めた期間」に含まれていることを確認してください。