

記入例

傷病手当金請求書

決定 ※ **記入不要** 円

資格喪失後の請求の場合、退職時のものを記入

資格喪失後の請求の場合は記入

2以上の傷病がある場合は、列記する

給付事由の生じた日の標準報酬の等級及び月額（資格喪失後の場合は、退職時の標準報酬の等級及び月額）を記入

「休業補償等の受給（予定）の有無」欄は、「傷病名」欄と同一の傷病について国家公務員災害補償法（昭和26年法律第191号）及び防衛省の職員の給与等に関する法律（昭和27年法律第266号）の規程により、休業給付若しくは傷病補償年金又はこれらに相当する補償を受け、または受けようとする場合は「有」、該当がない場合は「無」に○を記入。「有」の場合は、右欄に請求先の実施機関及び担当者の内線番号を記入

傷病のため休暇、休職、欠勤又は退職等をした日を記入

勤務できない理由や期間に関し、医師等に記入してもらう

医師記入欄

初回請求時のみ記入

当該給付の対象となる期間を記入し、その期間が2か月以上に及ぶ場合は、その各月に区分して記入

等	401-XXXXXXX	組合員氏名	防衛 太郎		連絡先電話番号	0000 XXX-XXXX-XXXX (内線 XXXXX)
石	0000	資格取得年月日	0000年 0月0日	資格喪失年月日	年月日	年月日
元	0000年 0月 0日	勤務できなくなった最初の日	0000年 0月 0日			
療養のため勤務できない	<p style="text-align: center;">医師記入欄</p> 住所 氏名					傷病のため休暇、休職、欠勤又は退職等をした日を記入
給付事由の生じた日の標準報酬の等級及び月額	0級 00万 (月額)	請求期間	0000年0月0日から 0000年0月0日まで		請求金額	
受給の有無	有・ 無	有の場合：(請求先機関名) (内線)				勤務できない理由や期間に関し、医師等に記入してもらう
給付の履歴	有・ 無	初回請求時のみ記入				
上記のとおり請求します。						
請求者 住所 〒XXX-XXXX 東京都〇〇区〇〇 氏名 防衛 太郎						

年 月 日	年 月 日	間 割 円	官 職
年 月 日	年 月 日	間 割 円	氏 名
年 月 日	年 月 日	間 割 円	
年 月 日	年 月 日	間 割 円	

給与事務担当者記入欄

給与事務担当者において記入

組合員期間	標準報酬月額平均	今回支給日数 (該当日に○印を付す)
※ 標準報酬の月額平均 (組合員期間が12ヶ月未満の場合は、月額の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)	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)	年 月 分
$\frac{\text{標準報酬の日額}}{22} =$	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
給付日額 × $\frac{2}{3} =$	給付決定額	1 8 15 22 29
給付日額 × 支給日数 =		2 9 16 23 30
給付額 - 控除額 =		3 10 17 24 31
※ 支給開始日	※ 前回	4 11 18 25
年 月 日から	年 月 日	5 12 19 26
		0 27
		1 28
		給 分
		日分まで

振込先を選択する。公金受取口座ではなく指定の口座で受取を希望する場合は、下部に振込先を記入して振込先の分かるもの（通帳のコピー等）を添付する。

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を希望する場合は、公金受取口座の「する」を選択し、振込先は記入不要です。）

銀行 _____ 支店 _____ 口座番号 _____ 名義人 _____