

(14-様式第8号)

共済組合と同時請求	所属名	県市職 B I T	名前	項目番号	給付金額 (互助会記入欄)
添付書類確認済	所属コード		職員番号		
年 月 日				2 0 3 1	円

事務局長	主 幹	主 査	主 事	会 計	係
審査の結果上記のとおり補助金額を決定する。					
令和 年 月 日					

療養補助金給付請求書					
請求金額	円	請求年月	平成 令和	年	月分
有給休職 当初開始日	平成 令和	年 月 日	給与・手当 支給状況 (いずれかに○ をすること)	給 与 (80%・0%)	
無給休職 当初開始日	平成 令和	年 月 日		共済組合傷病手当金 (あり・なし)	
休職終了日 (終了予定日)	平成 令和	年 月 日	復職退職 区分	復職 ・ 退職	
上記のとおり請求します。				互助会受付印	
令和 年 月 日					
所属名					
職・名前				⑩	
一般財団法人三重県公立学校職員互助会理事長 様				整理番号	
上記のとおり相違ないことを証明します。					
所属長の 証明	令和 年 月 日				
	所属名				
	所属長 職・名前				
職印					

(注意事項)

- (1) 太線内を記入してください。
- (2) 会員が、病気やケガで長期療養のため、減給又は無給の休職者になった場合に期間中は毎月請求してください。
- (3) 令和3年4月以降分の請求は、必ず両面印刷し、裏面を記入してください。
- (4) 人事異動通知書の交付毎にその写しを必ず添付してください。
- (5) 「県市職B I T」欄には、県職員は「0」、市町職員は「1」を記入してください。
- (6) 互助会に登録の振込口座に送金されます。

# 療養補助金計算書

平成 令和	年	月分	支給日数		
日 曜日	該当日に○印をしてください。 (土曜・日曜を除く)				
	1	8	15	22	29
	2	9	16	23	30
	3	10	17	24	31
	4	11	18	25	
	5	12	19	26	
	6	13	20	27	
	7	14	21	28	
合 計	日間				

☆令和3年3月以前の請求分は記入不要です。

<p>※</p> <p>&lt;有給休職&gt;                      休職日数                      日額相当額                      会費相当額</p> <p style="text-align: center;">日額 1,000円    ×    日    =                      円①    +                      円②</p>			
<p>&lt;無給休職（傷病手当金・傷病手当附加金有）&gt;                      附加金回数                      回目</p> <p style="text-align: center;">日額 1,000円    ×    日    =                      円③</p>			
<p>&lt;無給休職（傷病手当金・傷病手当附加金無）&gt;</p> <p style="text-align: center;">日額 3,000円    ×    日    =                      円④</p>			
<p>&lt;給付額&gt;</p> <p style="text-align: center;">①+②+③+④    =    _____ 円</p>			
※ 支給開始日	※ 前回支給分	※ 今回支給分	
平成・令和 年 月 日分 から	平成・令和 年 月 日分 まで	平成・令和 年 月 日分 まで	

(注意事項)  
 (1) 太線内のみ記入してください。※印は記入しないでください。