

# 傷病手当金(附加金)請求書

組合員 情報	組合員証番号	公立福岡 1234567	所属所名	●●市立●●小学校		
	組合員氏名	共済 太郎		(退職年月日)	( 年 月 日 )	
	休職期間	令和2年 ●●月 ××日 から 令和4年 ○○月 △△日 まで		勤務できなくなった最初の日	令和元 年 ○ 月 ▲ 日	
	年金の受給状況 <small>(該当する番号に○をつけてください)</small>	1. 受給中      2. 申請中      3. 受給なし				
※1. 受給中の場合、年金証書・年金額(改定)通知書写しを添付してください。						
今回の請求期間		令和 4 年 10 月 15 日 ~ 令和 4 年 10 月 31 日				
医療機関 の証明	傷病名	うつ病		発病年月日	令和元 年 ○ 月 × 日	
	労務不能と認められた期間 <small>(証明日以前の期間について)</small>	令和 4 年 10 月 15 日 ~ 令和 4 年 10 月 31 日				
	療養のため勤務できないことに関する意見	不安感や抑うつ感、意欲低下などがあり自宅療養が必要。 また、通院をしながらの治療も行い現在は、労務不能である。				
	上記により、労務不能であったことを証明します。	令和 4 年 11 月 2 日				
請求期間最終日以後に証明を		住所 福岡市○○区△町123-4		医療機関名 ○×△口病院		
		医師の氏名 院長(担当医) 博多 一朗		(記名押印又は署名)		
公立学校共済組合福岡支部長 殿 上記の通り請求します。 令和 4 年 11 月 2 日						
請求期間最終日以後		TEL( 090 )-( 1234 )-( 5678 )				
		住所 福岡市○○区△△ 1-1				
請求者		氏名 共済 太郎				
		(記名押印又は署名)				
所属所 の証明	今回の請求期間中の報酬支給額 <small>(実支給額)</small>	0 割	0 円 ( 令和 4 年 10 月 15 日 ~ 令和 4 年 10 月 31 日 )			
	8 割	172, 545 円 ( 令和 4 年 10 月 1 日 ~ 令和 4 年 10 月 14 日 )				
	割	円 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )				
	上記の記載事項及び報酬支給額について、事実と相違ないものと認めます。					
令和 4 年 11 月 2 日		TEL( 092 )-( 123 )-( 4567 )				
請求期間最終日以後に証明を		所属所長 職名 ●●市立●●小学校長		氏名 ○○ ○○		

※共済組合使用欄 (記入しないでください)

調整年金額		標準報酬月額		※共済組合受付印	
障害共済 (厚生)	級	円	円		
障害基礎		円	支給日数	支給決定金額	
老齢厚生 (退職共済)		円			
老齢基礎		円	傷病手当金	日	円
合計		円	附加金	日	円