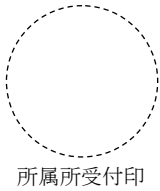


傷病手当金請求書
傷病手当金附加金請求書



原票 照合済		給料額 照合済		年金等 照合済	
-----------	--	------------	--	------------	--

決定	傷病手当金	※	円
	同 附加金	※	円

所属所コード		所属所名			
組合員証 記号番号	公立秋	組合員氏名			
資格取得年月日	年 月 日	発病年月日	平成・令和 年 月 日		
資格喪失年月日	令和 年 月 日	勤務できなくなった 最初の日	平成・令和 年 月 日		
傷病の 原因	公務上	公務外 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
	第三者加害				
請求期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで				

療養のため勤務できないことに関する医師の証明			
傷病名		請求期間のうち 勤務(労務)不能 と認めた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
(所見)	令和 年 月 日 医療機関 所在地 名称 医師氏名		

標準報酬の 等級及び月額	第 級	円	請求金額	円	
年金受給の有無	有 ・ 無 ・ 請求予定				
障害厚生(共済)年金	障害基礎年金	障害手当(一時)金			
支給開始年月 年金額	年 月 円	支給開始年月 年金額	年 月 円	支給開始年月日 金額	年 月 日 円
老齢厚生(退職共済)年金	老齢基礎年金				
支給開始年月 年金額	年 月 円	支給開始年月 年金額	年 月 円	支給開始年月 年金額	年 月 円

どちらかにチェック→ 公金受取口座を 利用する 利用しない

上記のとおり請求します。また、年金の遡及決定等により調整が生じた場合は過支給額を返納します。

公立学校共済組合秋田支部長 様 千 一 (電話番号) () 一
令和 年 月 日 請求者 住所
フリガナ
氏名

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 千 一 (電話番号) () 一
所属所所在地
所属所名
所属所長職氏名

- 裏面に所属所長又は給与事務担当者の証明を受けたうえ、共済組合に提出してください。
- 二重線の枠内に、医師の証明を受けてから提出してください。
- ※印欄は記入しないでください。

令和 年 月 日 から令和 年 月 日 まで（令和 年 月）の勤務しな
 かった期間に支払われた報酬について、次のとおり証明する。

病気休暇期間（給与10割支給） 令和 年 月 日～令和 年 月 日 円
 病気休暇期間（給与 5割支給） 令和 年 月 日～令和 年 月 日 円
 休 職 期 間（給与 8割支給） 令和 年 月 日～令和 年 月 日 円
 休 職 期 間（無 給） 令和 年 月 日～令和 年 月 日 円
 復職年月日 令和 年 月 日

令和 年 月 日

所属機関の長 所属所名
 又 は 職 名
 給与事務担当者 氏 名

印

<請求金額計算書・報酬との調整>

（標準報酬月額） （標準報酬日額）
 円 ÷ 22 = 円（10円未満四捨五入）
 （標準報酬日額） （給付日額）
 円 × 2/3 = 円（円未満四捨五入）
 （給付日額） （支給日数） （給付額）
 円 × 日 = 円
 （給付額） （控除額（報酬額）） （請求金額）
 円 - 円 = 円

今回支給日数

（該当日に○印）

曜日	令和	年	月
	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

<年金との調整>

（年金の額） （A）
 円 × 1/264 = 円（円未満切捨て）
 （給付日額） （A） （支給日数） （請求金額）
 （ 円 - 円） × 日 = 円

<障害手当（一時）金との調整>

（当月給付額） （前月までの給付累計額） （支給すべき傷病手当金累計額（B））
 円 + 円 = 円
 （B） （障害手当金等の額） （請求金額）
 円 - 円 = 円
 障害手当金等金額到達日 令和 年 月 日

	※支給開始日	※前回支給分	※今回支給分
手当金	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
附加金	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日

1. 支払われた報酬がある場合は、傷病手当金計算書及び給料諸手当支給明細書（写）（最初に請求するときは減額になる前月及び請求月分、2回目の請求以降は請求月分）を提出してください。
2. ※印欄は記入しないでください。