

C#	共済	
1	2	3
W	5	2

傷病手当金・同附加金 請求書

※給付コード	所属所コード	組合員証番号	請求年月		性別・生年月			skip	※ 決 定 額				
			年	月	性別	年号	年		月	日数	金 額		
								skip		skip			

資格取得	資格喪失
勤務できなくなった 最初の日	請求期間
令和 年 月 日	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで

傷病名	初診年月日	平成 年 月 日 令和 年 月 日	入院期間	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	意見						
	住所 令和 年 月 日 医師 氏名						

平均標準報酬月額	請求金額	傷病手当金	円
		傷病手当金附加金	円

年金の額	円	年金の支給開始年月日
------	---	------------

障害一時金の額	円	障害一時金の支給年月日	令和 年 月 日
---------	---	-------------	----------

地方公務員災害補償法上の規定による公務災害又は通勤災害に係る休業補償や傷病補償年金等の支給を受けていますか。又は受ける予定がありますか。

はい ・ いいえ (○をする)

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合岐阜支部長 様

令和 年 月 日 住所

請求者 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 所属所名

所属所長 職・氏名
電話番号

- 注 1. 裏面に所属機関の長の証明を受けたくえ、組合に提出してください。(任意継続組合員を除く)
2. *印欄は記入しないでください。
3. 「性別」「記号」は、右の「コード」で記入してください。
4. 請求者氏名は自署とします。(記名押印可)
5. 所属所長欄は記入をお願いします。(ゴム印等可)

性別コード	男	女
	1	2

元号コード	昭和	平成	令和
	3	4	5

* 介護保険被保険者証の交付を受けている者は、記入すること。

保険者番号	保険者の名称	被保険者番号
-------	--------	--------

令和 年 月 日から令和 年 月 日まで出勤しなかった
 期間に対して、次の金額を支払ったことを証明する。

※ただし、給与の支給があった場合(8割休職・10割休職)には、この欄の証明は不要となり、
 別紙『報酬支給額証明書』を添付してください。

令和 年 月 日) 間 〇割 円
 令和 年 月 日

所属所名
 所属所長
 職・氏名

* 今回支給日数 (該当日に○印を付ける)						給付	平均標準報酬月額	平均標準報酬日額
曜日	月分						()円×1/22)×2/3 = 円……①	10円未満四捨五入
	1	8	15	22	29	報酬	報酬日額	
	2	9	16	23	30		円 ……②	
	3	10	17	24	31			
	4	11	18	25		年金日額	年金の額	
	5	12	19	26			円 × 1/264 = 円……③	
	6	13	20	27			円位未満切捨	
	7	14	21	28		給付額	① ② ③ ○で囲む ① ② ③ ○で囲む	
* 支給開始日							() - () × 日 = 円	
令和 年 月 日分から						給付額		
* 前回支給分						備考		
令和 年 月 日分まで								
* 今回支給分								
令和 年 月 日分まで								
* 傷病手当金支給期間						令和 年 月 日から令和 年 月 日まで		
* 傷病手当金附加金支給期間						令和 年 月 日から令和 年 月 日まで		

* 印欄は記入しないでください。

同意書

傷病手当金・傷病手当金附加金の給付を受けるにあたり、次のことについて同意します。

- 1 必要があるときは、私の給与支払い状況等について、公立学校共済組合が給与事務担当に照会し、その情報を提供すること。
- 2 傷病手当金・傷病手当金附加金の請求時に報酬、年金等の受給状況の申告を行わず、傷病手当金等が報酬等との調整前の金額で支給された場合は、傷病手当金等の、過払い分の金額を公立学校共済組合岐阜支部に返金すること。また、遡って決定し受給する場合には、すみやかに公立学校共済組合岐阜支部へ連絡するとともに、その期間に係る傷病手当金等が既に支給されている場合は、傷病手当金等の過払い金の金額を公立学校共済組合岐阜支部に返金すること。
- 3 地方公務員災害補償法上の規定による公務災害又は通勤災害に係る休業補償や傷病補償年金等の支給が決定された場合、すみやかに公立学校共済組合岐阜支部へ連絡すること。

令和 年 月 日

給与事務担当者 様
公立学校共済組合岐阜支部長 様

住所

氏名

報酬支給額証明書

組合員氏名		組合員証記号番号	
-------	--	----------	--

期 間		令和	年	月	日から	日まで	令和	年	月	日から	日まで	令和	年	月	日から	日まで			
上記期間の支給対象日数		A1			日		A2			日		A3			日				
給与支給割合							割						割						割
報酬 ①		支 給 実 績					支 給 実 績					支 給 実 績							
種別	本来の支給額																		
給料	円																		
地域手当	円																		
	円																		
	円																		
合 計		B1			円	B2			円	B3			円						
報酬 ②		本来の支給額 × 左の手当に対する期間内の支給割合					本来の支給額 × 左の手当に対する期間内の支給割合					本来の支給額 × 左の手当に対する期間内の支給割合							
種別	本来の支給額																		
扶養手当	円	×	=	円															
住居手当	円	×	=	円															
寒冷地手当	円	×	=	円															
	円	×	=	円															
	円	×	=	円															
	円	×	=	円															
合 計		C1			円	C2			円	C3			円						

令和 年 月の勤務しなかった期間について、上記の金額の報酬を支払ったことを証明します。

令和 年 月 日

所属所長 所属所名
氏名

報酬支給額証明書の作成について

組合員が公務外の傷病により勤務不能となった場合、その4日目から共済組合に傷病手当金を請求する権利が生じます。

無給休職以外で傷病手当金を請求するにあたっては、請求期間に受けた報酬の額を確認するため、報酬支給額証明書が必要となります。

作成に必要な資料

当該傷病により、最初に報酬支給額証明書を作成するときには、給与支払明細書の写しとともに、支部へ提出してください。

初回の傷病手当金の請求時に添付書類がない場合は、請求書類の到着後に所属所へ確認することとなり、確認できるまでは審査が進捗しません。

作成上の注意事項

- 1 「証明者」欄には、所属所長の記入をお願いします。
- 2 報酬支給額証明書は、当該月に発行された給与支払明細から作成をしてください。
(10月分を作成する場合10/21支給の10月の給与明細)
- 3 当該月に発行された給与明細に、過去に支給された給与(給料月額及び各手当)の精算が計上されている場合は、その精算額は当該月の報酬支給額証明書に含みません。

給与が誤支給された月に傷病手当金が支給されている場合は、当該月の報酬支給額証明書について、改めて正しい金額をもって作成し、修正依頼が必要となります。
- 4 「支給対象日数」欄には、当該期間のうち、**週休日を除く日数を記入**してください。
- 5 表に記載されていない手当が支給されている場合は、空欄に手当名を記入し、支給額を記入してください。
 - (1) **報酬①**には、日額で支給される各給与が該当します。(例: 給料月額、給料の調整額、地域手当)
 - (2) **報酬②**には、月額で支給される手当が該当します。(扶養手当、住居手当、寒冷地手当等)(注) 傷病手当金等の算定の基礎とする日以外の日の勤務実績に基づいて翌月以後に支払われる超過勤務手当、祝日給、宿日直手当、特殊勤務手当等は、調整の対象となりません。
- (3) 寒冷地手当など、特定の地域で特定の期間(11月～翌3月)のみ支給される手当もあるので、該当する地域では、漏れのないよう記入してください。
- (4) 毎月の給与以外の報酬(期末手当、勤勉手当等)は、填補の対象になりません。

請求に必要な書類

1 有給の休職中(病気休暇・8割休職中)の請求の際用意する書類

書類	注意点
傷病手当金・同附加金請求書	今回送付する様式が新様式です。
出勤簿の写し	初回のみ添付してください。
給与支払明細書の写し	
報酬支給額証明書	所属所長の証明をお願いします。
同意書	初回のみ 有給中の給与支払い状況の確認、傷病手当金等を支払う際の控除額の確認をするための同意書です。

2 無給休職中の請求の際用意する書類

書類	注意点
傷病手当金・同附加金請求書	今回送付する様式が新様式です。
同意書	初回のみ 有給中の給与支払い状況の確認をするための同意書です。

傷病手当金・同附加金 請求書（表面）

表と裏を両面コピーして使用してください。
必ず毎月請求してください。
25日までに請求書を受理したものを翌月26日に支払います。

C#		共済						
1	2	3						
W	5	2						
※給付コード	所属所コード	組合員証番号	請求年月		性別・生年月		※	決
			年	月	性別	年		
							日数	
							skip	skip
資格取得	請求されるご本人の情報を記入してください。				格喪失	年 月 日		
勤務できなくなった最初の日	年 月 日		請求期間		年 月 日から 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	初診年月日	年 月 日		入院期間			
	意見		住所		この部分は医師による証明が必要です。毎月かかりつけの病院へ行って証明を受けてください。請求期間の間の症状等詳しく記入して頂き、その傷病のために就労不可能であった証明を受ける必要があります。証明日は必ず、請求期間の末日以降の日付で証明を受けてください。			
	令和 年 月 日		医師氏名					
平均標準報酬月額	請求月以前12か月の標準報酬月額を平均した額を記入してください。ご不明な場合は共済組合給付係までお問い合わせください。		傷病手当金		円			
			傷病手当金附加金		円			
年金の額	円	年金の支給開始年月日		年 月 日		不明の場合は空欄で提出いたしても構いません。		
障害手当金の額	円	障害手当金の支給開始年月日		年 月 日		障害の年金等受給している場合		
地方公務員災害補償法上の規定による公務災害又は通勤災害に係る休業補償や傷病補償年金等の支給を受けていますか。又は受ける予定がありますか。				はい ・ いいえ (〇をする)				
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合岐阜支部長 様 令和 年 月 日 住所 請求者 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 所属所名 所属所長 職・氏名 電話番号								

- 注 1. 裏面に所属機関の長又は給与事務担当者の証明を受けたうえ、組合に提出してください。(任意継続組合員を除く)
2. *印欄は記入しないでください。
3. 「性別」・「記号」は、右の「コード」で記入してください。
4. 請求者氏名は自署とします。(記名押印も可)
5. 所属所長欄は記入をお願いします。(ゴム印等可)

性別コード	男	女	元号コード	昭和	平成
	1	2		3	4

* 介護保険被保険者証の交付を受けている者は、記入すること。

保険者番号	保険者の名称	被保険者番号
-------	--------	--------

傷病手当金・同附加金 請求書（裏面）

無給休職になった最初の日付から請求月の末日までを記入してください。
請求月の末日は請求する月ごとに変動していきます。

例えば

令和元年6月1日から無給開始の場合

★6月分の請求

『令和元年6月1日から令和元年6月30日まで出勤しなかった・・・』

★7月分の請求

『令和元年6月1日から令和元年7月31日まで出勤しなかった・・・』

令和 年 月 日から令和 年 月 日まで出勤しなかった
 期間に対して、次の金額を支払ったことを証明する。

※ただし、給与の支給があった場合(8割休職・10割休職)には、この欄の証明は不要となり、別紙『報酬支給額証明書』を添付してください。

令和 年 月 日) 間 〇割 円
 令和 年 月 日

所属所名
 所属所長
 職・氏名

無給休職の期間の証明になりますので『0円』の『0』を記入してください。

* 今回支給日数 (該当日に○印を付ける)					標準報酬日額	標準報酬月額		標準報酬日額		
曜日	月分					報酬日額	()円 × 1/22) × 2/3 = 円.....①			
	1	8	15	22	29		10円未満四捨五入 1円未満四捨五入			
	2	9	16	23	30	報酬日額				
	3	10	17	24	31	円②				
	4	11	18	25		年金日額	年金の額			
	5	12	19	26			円 × 1/264 = 円.....③			
	6	13	20	27			円位未満切捨			
	7	14	21	28		給付額	① ② ③ ○で囲む ① ② ③ ○で囲む			
* 支給開始日							() - () × 日 円			
令和 年 月 日分						給付額				
* 前回支給分					備考					
令和 年 月 日分まで										
* 今回支給分										
令和 年 月 日分まで										
* 傷病手当金支給期間					令和 年 月 日から令和 年 月 日まで					
* 傷病手当金附加金支給期間					令和 年 月 日から令和 年 月 日まで					

共済組合で記入しますので記入の必要はありません。

* 印欄は記入しないでください。