

傷病手当金（同附加金）請求書

※共済記入欄			
日数		決定金額	円

所属所コード	所属所名	組合員番号	組合員氏名

資格取得日	年 月 日	資格喪失日	年 月 日
請求期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		
標準報酬の等級・月額	第 級 円	勤務できなくなった最初の日	平成 令和 年 月 日

療養のために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
勤務不能と認めた期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		
意見			
医療機関の所在地			
令和 年 月 日	医療機関の名称		
医師の氏名			

介護保険法の規定による給付を受けていた場合、ご記入ください		
介護保険者番号	介護保険者名称	介護保険被保険者番号
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 （○をつける）
障害厚生年金の額及び支給開始年月	円	年 月
障害基礎年金の額及び支給開始年月	円	年 月
障害手当金の額及び支給年月日	円	年 月 日
退職老齢年金給付の額及び支給開始年月	円	年 月

傷病手当金は、障害年金や老齢年金を受給しているときは、支給されません。ただし、年金額が傷病手当金の額より少ない場合は、その差額を支給します。遡って年金が決定・改定があり、年金を受給する場合などは、傷病手当金を返納していただくことがあります。

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
TEL （ ）	—

- 注
- ※印欄は、記入しないでください。
 - 裏面に所属所長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）
 - 請求者氏名は自署とします。（記名押印可）
 - 所属所長欄は記入をお願いします。（ゴム印等可）
 - 「療養のために勤務できないことに関する医師の証明」欄は勤務不能の状態であったことの医師の意見を記入する欄になります。

※印欄は記入しないでください。

請求に必要な書類

1 有給の休職中(病気休暇・8割休職中)の請求に必要な書類

書類	注意点
傷病手当金（同附加金）請求書	今回送付する様式です。
出勤簿（写）	初回のみ添付してください。
給与支払明細書（写）	別紙参照
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 無給休職中の請求に必要な書類

書類	注意点
傷病手当金（同附加金）請求書	今回送付する様式です。
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。

3 会計年度職員の請求に必要な書類

書類	注意点
傷病手当金（同附加金）請求書	今回送付する様式です。
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。
出勤簿（写）	請求月の出勤簿を添付してください。
出勤簿（写）	初回のみ 休職する前の月のもの（実際に働いていた頃の出勤簿）を添付してください。
給与簿（写）	給与の支給があった場合のみ添付してください。

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者に照会し、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

(自署)

報酬支給額証明書

組合員番号		組合員氏名	
-------	--	-------	--

期間		令和		年		月		日から	
								日まで	
上記期間の支給対象日数		A 1							日
給与支給割合									割
報酬①		支給実績							
種別	本来の支給額								
給料		円							円
地域手当		円							円
		円							円
		円							円
合計		B 1							円
報酬②		本来の支給額		×	左の手当て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		C 1							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

証明者

所属所名

所属所長

職・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。

初回に提出する書類

初回の傷病手当金請求時に、下記の書類を支部へ提出してください。

初回に提出する書類

- ・傷病手当金請求書
- ・給与支払明細書の写し
- ・報酬支給額証明書

※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は、10月21日支給の給与明細となります。)
 - 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。
(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。

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領したものを
翌月26日に支払います。

注意事項

請求書

請求されるご本人の情報を
記入してください。

所属所コード	所属所名	組合員番号	組合員氏名

請求される月の初日から末日まで記入し
てください。
月の途中から無給に入った場合はその日
から記入してください。

病気休暇に入った最初の日を記
入してください。

資格取得日	日	資格喪失日	月	日						
請求期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで
標準報酬の等級・月額	等級	級	円	勤務できなくなっ た最初の日	年	月	日			

療養のために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						
勤務不能と認めた期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで

意見

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。

住所

令和 年 月 日 医師

氏名

休業補償等の支給を受ける場合
(予定含む)は、「はい」に丸
を記入してください。

介護保険法の規定による給付を受けていた場合、

介護保険者番号	介護保険者名称	介護保険被保険者番号

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)

障害厚生年金の額及び支給開始年月	円	年	月	
障害基礎年金の額及び支給開始年月	円	年	月	
障害手当金の額及び支給年月日	円	年	月	日
退職老齢年金給付の額及び支給開始年月	円	年	月	

障害の年金等受給している場
合のみ記入してください。

傷病手当金は、障害年金や老齢年金を受給しているとき、障害年金や老齢年金の額が傷病手当金の額より少ない場合は、その差額を支給します。遡って年金が決定・改定があり、年金を受給する場合などは、傷病手当金を返納していただくことがあります。

公立学校共済組合岐阜支部長 様

令和 年 月 日

請求者

住所

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。
医師の証明日→本人の請求日→所属の証明日の順番に日付を記入して
ください。(同日可)

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

所属所名

所属所長名

TEL () -

出勤しなかった期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで

に対して支払われた報酬 円

※会
※給

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。

上記の記載事項は、事実と相違ないものとします。

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6年6月1日から無給開始の場合
★6月分の請求
『令和6年6月1日～令和6年6月30日』に対して・・・
★7月分の請求
『令和6年6月1日～令和6年7月31日』に対して・・・

* 今回支給日数(該当日に○を付ける)					* 支給開始日		年 月 日 分から	
曜日	月分					* 前回支給分		年 月 日 分まで
	1	8	15	22	29	* 今回支給分		年 月 日 分まで
	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				
給付	平均標準報酬月額							平均標準報酬月額
	(円 × 1 / 2 2)							/ 3 = 円 ①
報酬	10円未満四捨五入							1円未満四捨五入
年金日額	年金の額							報酬日額
給付額	(①) - (② ③)							円 ②
								円 ③
								円未満切捨
								円
								給付額
* 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。