

傷病手当金・傷病手当金附加金 請求書

(互)傷病手当金・(互)治療見舞金

所属所受付印

受付印は省略不可

【添付書類】

- ・日常生活等に関する申立書（様式集 § 10-040）
 - ・生活能力等についての医師の意見書（様式集 § 10-039）
 - ※ 休職中の場合は不要
 - ・報酬支給額証明書（様式集 § 10-011）
 - ※ 請求月に給与報酬が支給されているとき（無給の場合は裏面参照）
 - ・出勤簿の写し
- } 初回請求時及び必要とするとき

組合員氏名 組合員証番号		所属所名 所属所コード		※決定額（共済組合・互助組合使用欄）			
				共済組合	令和 年 月 分	控除額	傷病手当金
				互助組合	令和 年 月 分	(互) 傷病手当金	(互) 治療見舞金
資格取得年月日		昭・平・令 年 月 日		資格喪失年月日 (退職日の翌日)		令和 年 月 日	
標準報酬月額		円		平均標準報酬月額 (裏面参照)		円	
請求期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日				給付日数	日
請求金額		円					
年金等との調整	障害年金	厚生年金等の額	円	支給開始年月	令和 年 月分から		
		基礎年金の額	円	支給開始年月	令和 年 月分から		
	障害手当金	障害手当金の額	円	支給年月日	令和 年 月 日		
(傷共)病	傷病名						
	発病年月日		令和 年 月 日	勤務できなくなった日	令和 年 月 日		
(手互)当傷病手当金附加金欄	医師の証明欄	勤務不能と認められた期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日					
	証明日	令和 年 月 日 (勤務不能と認められた期間を経過してから証明してください。)					
	医療機関の名称及び所在地	住 所		医療機関名			
		医師の氏名		(印)			
(互)治療見舞金	治療名						
	装着年月日		令和 年 月 日	治療年月日	令和 年 月 日		
	医師の証明欄	を治療・装着したことを証明します。					
	証明日	令和 年 月 日					
	医療機関の名称及び所在地	住 所		医療機関名			
		医師の氏名		(印)			
<p>傷病手当金の調整に係る給与報酬の明細書等を添付のうえ、上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">公立学校共済組合広島支部長 一般財団法人広島県教育職員互助組合理事長 様 請求者住所 令和 年 月 日 氏名</p>							
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日 所属所名 所属所長 職・氏名</p>							

報酬等非支給証明（請求者が市町費職員で、請求月に給与報酬が0円の場合に記入）

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、給与報酬を支払わなかったことを証明します。

令和____年____月____日

所属機関の長又は 職名

給与事務担当者 氏名

㊟

請求月に給与報酬が支給されている場合は、全員「報酬支給額証明書」（様式集 § 10-011）による証明が必要です。

平均標準報酬月額（初回請求時に記入）

支給開始日に属する月以前の継続した12月間の標準報酬月額

年 月（該当月※）	年 月（1月前）	年 月（2月前）
等級 円	等級 円	等級 円
年 月（3月前）	年 月（4月前）	年 月（5月前）
等級 円	等級 円	等級 円
年 月（6月前）	年 月（7月前）	年 月（7月前）
等級 円	等級 円	等級 円
年 月（9月前）	年 月（10月前）	年 月（11月前）
等級 円	等級 円	等級 円

※該当月は、初回の請求月です。初回の請求月が退職日の属する月の翌月となる場合は、退職日の属する月が該当月となります。

⇒標準報酬月額の平均額

_____円（12月間の合計額）× 1 / 12 ~ _____円

※この金額を表面の標準報酬月額の平均額に記入

支給開始日に属する月以前の継続した12月間の標準報酬月額が無い場合

① 標準報酬月額の平均額

_____円（____月間の合計額）× 1 / ____ ~ _____円

② 共済組合の平均標準報酬月額

_____円

※①②のいずれか低い方の金額を表面の標準報酬月額の平均額に記入