

# 傷病手当金請求書

## 傷病手当金附加金請求書

共

			決定額	※	円
所属コード	組合員証番号	所属所名		組合員氏名	
傷病名			無休休職(8割休職) 開始年月日(注4)	年	月 日
			無休休職(8割休職) 終了年月日(注5)	年	月 日
発病年月日	年	月	日	資格取得 年	月 日
勤務できなくなった最初の日	年	月	日	資格喪失 年	月 日
療養のため勤務できないことに関する医師の証明	症状の記載				
	以上の症状により、令和 年 月 日から令和 年 月 日までの間当院において入院加療し、勤務できない状態であったことを証明する。 令和 年 月 日 住所 医師 氏名				
入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	請求期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
標準報酬月額(注7)	等級 円(請求時) 等級 円(年月まで)	請求金額	円		
下記年金等の受給の有無(注8)	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 請求予定(受給)なし				
障害・老齢厚生(退職共済)年金の額	円	障害・老齢厚生(退職共済)年金の支給開始年月	令和 年 月		
障害・老齢基礎年金の額	円	障害・老齢基礎年金の支給開始年月	令和 年 月		
障害一時(手当)金の額	円	障害一時(手当)金の支給年月日	令和 年 月		
地方公務員災害補償法の規定による休業補償や傷病補償年金等の受給の有無(注9)	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 請求予定(受給)なし				
上記のとおり請求します。					
公立学校共済組合岩手支部長 様 令和 年 月 日 請求者 住所 氏名					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。			所属所受理年月日	令和 年 月 日	
(〒 - ) (TEL - ) 令和 年 月 日 所属所所在地 所属所名 職名 所属所長 氏名					

### 【傷病手当金の受給にあたっての確認事項】

- 傷病手当金と障害・老齢厚生(障害・退職共済)年金(以下「年金」という。)を両方受け取ることはできません。
- ・傷病手当金と年金との調整については、年金が優先して支給され、傷病手当金が調整されます。
  - ・年金は請求してから支給までに一定の時間を要し、遡って決定されることがあります。そのため、傷病手当金が年金よりも先行して支給されることが多く、その場合は、過払い分の傷病手当金を返納していただくことになります。

(注) 1 の箇所は該当する項目にチェックしてください。

2 給料支払報告書等(様式44号又は44-1号)に所属所長(小、中学校にあっては教育事務所長)の報告を受けて提出してください。初めて提出するときは、掛金控除に係る申出書(様式43-1号)、病歴調書(様式45号)、請求前の休暇状況が分かる資料を添付して下さい。(裏面へ続く)

(裏面)

- 3 請求書は月単位で提出してください。
- 4 退職により支給開始される場合は、退職日の翌日を記入してください。なお、この場合は「無休退職終了年月日」は記入不要です。
- 5 辞令書の終了日を記入してください。終了日が延長となった場合は辞令書の写しを添付してください。
- 6 請求金額 給付日額①又は②×給付日数③
  - (1) 支給開始日の属する月以前の継続した組合員期間が12月以上の場合  
支給開始日の属する月以前の直近の継続した12月間の各月の標準報酬月額×1/22(10円未満四捨五入)  
×2/3(円未満四捨五入) ①
  - (2) 支給開始日の属する月以前の継続した組合員期間が12月未満の場合  
次のいずれか少ない額×2/3(円未満四捨五入) ②
    - ア 支給開始日の属する月以前の直近の継続した各月の標準報酬月額の平均額×1/22(10円未満四捨五入)
    - イ 支給開始日の属する年度の前年度9月30日における平均標準報酬月額×1/22(       "       )給付日数③ 支給月の週休日を除いた日  
※給与が支給されている期間に請求する場合は報酬日額を求め給付日額と比較します。
- 7 支給開始日の属する月以前の直近の継続した12月間の標準報酬月額に変更があった場合、請求時の標準報酬月額になる前の金額等を下段に記入してください。
- 8 **同一の傷病について障害厚生(共済)年金、障害基礎年金もしくは障害一時(手当)金または老齢厚生(退職共済)年金、老齢基礎年金の支給を受けられるときは、支給停止もしくは減額調整されます。(障害基礎年金のみの場合は除く。)**
- 9 当該休業補償等を受給するに至った場合は速やかに当支部に連絡してください。また、地方公務員等共済組合法の規定に基づき実施機関に対して休業補償等の受給状況を確認する場合があります。