

傷病手当金及び同附加金請求書

所属所文書受付印

共済事務担当者印

※ 決定金額	傷病手当金	同附加金
	円	円

印

フリガナ 組合員氏名	組合員証記号番号 公立鹿	所属所名	所属所コード
---------------	-----------------	------	--------

給付種別	請求期間								※支給日数 日数	初診日				勤務できなくなった最初の日 平成 年 月 日		
	年月日から				年月日まで					年	年	月	日			
<input type="checkbox"/> 傷病手当金	4				4								年号	年	月	日
<input type="checkbox"/> 傷病手当金附加金	4				4											

資格取得年月日	年 月 日	※ 控除内訳													
資格喪失年月日	年 月 日	※ 長期掛金						※ 短期掛金							
給料表 () 級 号給 (平成 年 月 日発令) 円 (調整額を含む)															
※ 給料月額		※ 介護掛金						※ 貸付償還金							

老人保険法の医療を受けていたとき	市町村番号	受給者番号	発行機関名	介護保険法による給付を受けていたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者の名称
------------------	-------	-------	-------	--------------------	-------	--------	--------

障害共済年金	年 額	円	障害一時金	支給額	円
	支給開始年月	年 月		支給年月日	年 月 日
障害基礎年金	年 額	円	退職・老齢年金	年 額	円
	支給開始年月	年 月		支給開始年月	年 月
請求金額	傷病手当金	円	同附加金	円	

上記のとおり請求します。
 公立学校共済組合鹿兒島支部長 殿
 平成 年 月 日
 請求者 住所 氏名 連絡先 (電話) 印

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。
 平成 年 月 日
 所属所所在地 所属所長 職名 氏名 電話番号 () 印

※算定欄
 給料日額 A : () × 1 / 22 = 円
 給付日額 B : A × 2 / 3 × 1.25 = 円
 年金との調整が必要な場合
 年金額 (D) × 1 / 264 = 円 ()
 給付日額 B (D) 支給日数 給付決定額
 円 () × 日 = 円

支給日数 (該当日に○印を付ける)						療養のため勤務できないことに関する医師の証明						
月分 日						傷病名 平成 年 月 日 医師 住所 氏名 印						
曜日	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								

- 1 給付種別は、該当するものをチェックしてください。
- 2 支給日数は、当該休業期間のうち土曜日及び日曜日を除いた日数です。
- 3 ※印欄は記入しないでください。