

傷病手当金及び同附加金認定申請書

組合員証 記号番号	公立鹿		所属所名			
(フリガナ)			退職年月日	●退職者のみ 記入する。	平成 令和	年 月 日
組合員氏名			傷病手当金(同附加金)の受給歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
傷病名			左記傷病の 初診年月日	平成 令和	年 月 日	
休業期間	病気休暇	平成 令和	年 月 日 から	平成 令和	年 月 日 まで	●引き続き各 休業期間は1 行で記入してく ださい。また、 休業期間の延 長に伴う認定 の場合は、当 初の期間から 記入してくださ い。
		平成 令和	年 月 日 から	平成 令和	年 月 日 まで	
	有給休暇	平成 令和	年 月 日 から	平成 令和	年 月 日 まで	
		平成 令和	年 月 日 から	平成 令和	年 月 日 まで	
	無給休暇	平成 令和	年 月 日 から	平成 令和	年 月 日 まで	
		平成 令和	年 月 日 から	平成 令和	年 月 日 まで	
傷病手当金(同附加金) の算定基礎となる 平均標準報酬月額			円	●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の平均額を記入してください。		
年金等の受給状況	障害厚生(共済)年金 老齢厚生年金	年額	円	平成 令和	年 月分	<input type="checkbox"/> 支給開始 <input type="checkbox"/> 改定
<input type="checkbox"/> 受給権なし	障害基礎年金 老齢基礎年金	年額	円	平成 令和	年 月分	<input type="checkbox"/> 支給開始 <input type="checkbox"/> 改定
<input type="checkbox"/> 受給権あり ●「あり」の場合は右欄を記入	障害手当金		円	平成 令和	年 月 日	支給
上記のとおり申請します。 円						
公立学校共済組合鹿児島支部長 殿						
令和 年 月 日			住所			
申請者 (組合員)			氏名	印		
			電話番号 (- -)			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 円						
令和 年 月 日			所属所所在地			
			所属所長 職・氏名	印		
			電話番号 (- -)			

注 次の書類を添付してください。休業状況又は報酬の支給状況によっては、下記以外の確認書類を求める場合があります。

ア 休職辞令の写し

イ 医師の診断書(初診年月日、現在の病状、今後の見込み等が記載されたもの)

ウ 有給休暇を開始した月及びその前月の給与の支給内訳書(各月の給与について、追給又は戻入が生じた場合はその内訳書を含む。)の写し

エ 障害年金、障害手当金又は老齢年金を受給している場合(受給権があり、受給予定である場合を含む。)は、受給額(年金の場合は年額)が確認できる年金額決定・改定通知書等の写し

※ 以下は共済組合記入欄

支給対象期間	傷病手当金	年 月 日 から	年 月 日 まで
	傷病手当金	年 月 日 から	年 月 日 まで
	附加金	年 月 日 から	年 月 日 まで
	附加金	年 月 日 から	年 月 日 まで