

傷病手当金及び同附加金認定申請書

組合員 番号	所属所名					
(フリガナ)	退職年月日		●退職者のみ 平成 令和 年 月 日 記入する。			
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	障害手当金		円	平成 令和 年 月 日	支給	
●「あり」の場合は右欄を記入						
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 住所 令和 年 月 日 申請者 氏名 (組合員) 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 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 退職辞令の写し

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 附加金	年 月 日 から	年 月 日 まで
		年 月 日 から	年 月 日 まで