

傷病手当金・同附加金 請求書

本人記入欄									
組合員等記号・番号	公立神奈川					所属コード			
組合員氏名						所属所名			
資格取得年月日	年 月 日					所属所電話番号	()		
資格喪失年月日	年 月 日					請求者電話番号	()		
喪失後の就労状況	1. している 年 月 日					年金・手当金(障害、出産)・地方公務員災害補償法の規定による補償の受給状況(注1)(注2)	1. 受給中 2. 申請中 3. 受給なし └ () ()		
	2. していない								
当該傷病により勤務不能となった日	年 月 日								
今回請求期間(暦月単位)(注3)	年 月 日から 年 月 日まで(※過去の分についてはまとめて請求可)								
介護保険法による医療の給付を受けたとき(該当がある場合)		保険者番号			被保険者番号			保険者の名称	
標準報酬月額					円	請求額			
					円				
上記のとおり、傷病手当金・同附加金を請求します。また、年金等の遡及決定等により受給額に調整が生じた場合は、速やかに過受給額を返納します。									
公立学校共済組合神奈川支部長 様									
年 月 日									
請求者氏名(署名)									

注1 同一の傷病を給付事由とする障害厚生年金、及び老齢を給付事由とする退職老齢年金(第二号厚生年金(国家公務員共済)、第三号厚生年金(地方公務員共済)除く)を受給している場合、金額のわかる書類を添付してください。2回目以降については、金額が変更となった場合添付してください。

注2 年金等遡って受給決定された場合は、改めて調整し傷病手当金を返納していただきます。

注3 請求の時効は事由発生から2年です。

【添付書類(申請者の所属所が準備する書類)】

- ① 給与報酬支給額証明書(給付様式第10-10-2号)(※1)
- ② 休職辞令等の写し(※1)(※2)

※1 今回請求期間についての証明を作成してください。初回申請については、給与が減額となった時点からの証明を作成してください。また、初回申請が退職後の期間にかかる請求の場合、在職中の勤務状況や給料等支給状況の確認が必要のため、退職前の状況について作成・添付してください。

※2 2回目以降の請求においては、休職期間が延長(復職)となり新たな辞令が発令されたときに添付してください。なお、辞令が発令されていない場合(欠勤・無給休暇など)の請求については出勤簿の写しを毎回添付してください。また、週休日が土・日・祝日以外の場合、週休日がわかる書類を添付してください。

★次の医師の証明欄に証明をもらい請求してください。

医師の証明欄		
傷病名		療養のため勤務できないことに関する意見
発病日	年 月 日	
初診日	年 月 日	
労務不能と認めた期間	年 月 日 から	以上の内容により労務不能であったことを証明します。 年 月 日
	年 月 日 まで	
		住 所
		医療機関名
		医師の氏名 印

<提出先・問合せ先>
〒231-8309 横浜市中区日本大通7
公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ
電話 (045)210-8179

所属所文書受付印

共済組合文書受付印

傷病手当金対象

無給休職 7年8月10日～
の場合は「6年5月10日」を記載する。

注1 同一の傷病を給付事由とする障害厚生年金、及び老齢（満額）を除く）を受給している場合、金額のわかる書類の添付してください。
注2 年金等遡って受給決定された場合は、改めて調整し傷病手当金を返納してください。
注3 請求の時効は、請求の日から起算して、原則として5年間です。

【添付書類】

① 医師の証明期間以上の申請はできません。また、傷病手当金は勤務できなかった期間に対して支給される給付金であることから、まだ訪れていない未来の日付での申請は不可となります。

※2 2回目以降の申請の際は、給与が減額となった時点からの証明を作成してください。また、初回申請が退職後の期間に限り、退職前後の状況について作成・添付してください。

※3 2回目以降の申請の際は、より新たな辞令が発令されたときに添付してください。なお、辞令が発令されていない場合（欠勤・無給休暇など）の請求の際は、労働時間簿などを添付してください。また、週休日（土・日・祝日以外）の場合、週休日がわかる書類を添付してください。

医師の証明欄			
傷病名	療養のため勤務できないことに関する意見		
発病日	年	月	日
初診日	年	月	日
労務不能と認めた期間	7 年 8 月 10 日 から 7 年 8 月 31 日 まで		
	以上の内容により労務不能であったことを証明します。 7 年 9 月 1 日 住 所 〇〇市〇〇区〇〇〇丁目〇番 医療機関名 〇〇病院 医師の氏名 〇〇 〇〇		

〒231-8309 横浜市中区日本大通7
公立学校共済組合神奈川支部 給付グループ
電話 (045)210-8179

○○市主
 ○○○○学校
 ○○年○月○日
 收受印

証明印は必須