

傷病手当金・附加金請求書

										支部受付印		所属所受付印	
組合員等 記号・番号		公立高知				枝番		組合員氏名					
						0	0						
所属所名								所属所在地					
資格取得 年 月 日		昭和 平成 令和 年 月 日						資格喪失 年 月 日		令和 年 月 日			
傷 病 名													
傷 病 の 原 因		☐ 公務外 ☐ 公務災害（ 認定中 手続き中 手続き予定 ）											
年 金 に つ い て		☐ 公的年金受給なし ☐ 公的年金受給あり（裏面に詳細を記載） ☐ 公的年金受給予定											
発 年 月 病 日		平成 令和 年 月 日						勤務できなくな った最初の日		令和 年 月 日			
請 求 期 間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで											
療養のため勤務で きないことに関す る医師の証明		※勤務できなかった期間について明記してください。											
		令和 年 月 日											
		住 所											
		医療機関名 医師氏名 (印)											
(平 均) 標 準 報 酬 月 額		第 級 円				請 求 金 額		法定 附加 円 円					
介護保護法による給 付を受けていた場合		被保険者手帳に記載の保険者番号				被保険者証に記載の被保険者番号				保険者の名称			
同一傷病による障害厚生年金等が支払われた場合には既に受給した傷病手当金等の全部又は一部を返還します。 上記のとおり請求します。 公立学校共済組合高知支部長 様 令和 年 月 日 請求者氏名													
上記のとおり請求がありましたので提出します。 令和 年 月 日 所属所長氏名													

- ・裏面に所属機関の長または給与事務担当者の証明を受け、出勤簿の写しを添付して提出してください。
- ・年金を受給している場合は、年金額のわかるもの（年金改定通知書、支払通知書、証書等）の写しを添付して提出してください。

裏面あり

年金を受給している場合は、該当年金の番号を○で囲み、支給開始年月日及びその額を記入してください。

年 金 給 付 の 種 類	支給開始年月日	年金額（円）
1. 障害厚生（共済）年金又は老齢厚生（退職共済）年金	年 月 日	
2. 障害基礎年金又は老齢基礎年金	年 月 日	
3. 障害手当金	年 月 日	

令和 年 月 日から、令和 年 月 日まで出勤しなかった期間に対して、次の金額の報酬を支払ったことを証明する。

令和 年 月 日 } 間 割 円

令和 年 月 日

令和 年 月 日 } 間 割 円
令和 年 月 日 }

令和 年 月 日

令和 年 月 日 } 間 割 円

令和 年 月 日

所 属 所 長 職 名

又 は

給与事務担当者 氏名

印

※

(平均) 標準報酬月額

円 × 1/22 =

平均標準報酬月額

円 → 円

(10 円未満四捨五入)

(平均) 標準報酬日額

円 × 2/3 =

給付日額

円 → 円

(円未満四捨五入)

給付日額

円 ×

支給日数

日 =

円

今回支給日数 (該当日に○印)
※複数月の請求の場合は記入不要

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	

[illegible]

※印欄は記入しないでください。

「公的年金受給なし」の場合

所属所受付印

傷病手当金・附加金請求書

所属所
RO.O.O
受付印

組合員等 記号・番号	公立高知 〇〇〇〇〇〇〇〇	枝番 〇〇	組合員氏名	南国 陽子	
所属所名	〇〇中学校		所属所在地	〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇	
資格取得 年月日	昭和 平成 〇年 4月 1日 令和		資格喪失 年月日	令和 年 月 日	
傷病名	〇〇病				
傷病の原因	☒ 公務外 ☐ 公務災害（認定中 手続き中 手続き予定）				
年金について	☒ 公的年金受給なし ☐ 公的年金受給あり（裏面に詳細を記載） ☐ 公的年金受給予定				
発病 年月日	平成 令和 〇年 3月 16日		勤務できなくな った最初の日	令和 〇年 3月 19日	
令和 〇年 9月 1日 から 令和 〇年 9月30日 まで					
※勤務できなかった期間について明記してください。 〇〇病のため、通院により療養中である。 現在も〇〇の状態にあり、就労は困難と認めます。 令和 〇年 10月 7日					
請求期間の翌月以降に証明してもらってください。		所	〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇		
不明な場合は 未記入で構いません。		医療機関名	〇〇病院		
		医師氏名	福利 三郎		
(平均) 標準報酬月額		第〇〇級 〇〇〇〇〇〇 円	請求金額	法定 附加	円 円
介護保険法による給 付を受けていた場合	被保険者手帳に記載の保険者番号	被保険者証に記載の被保険者番号	保険者の名称		
同一傷病による障害厚生年金等が支払われた場合には既に受給した傷病手当金等の全部又は一部を返還します。 上記のとおり請求します。 公立学校共済組合高知支部長 様 令和 〇年 〇月 〇日 請求者氏名 南国 陽子 上記のとおり請求がありましたので提出します。 令和 〇年 〇月 〇日 所属所長氏名 高知 太郎					

証明印が
必要です。福
利
印

- ・裏面に所属機関の長または給与事務担当者の証明を受け、出勤簿の写しを添付して提出してください。
- ・年金を受給している場合は、年金額のわかるもの（年金改定通知書、支払通知書、証書等）の写しを添付して提出してください。

裏面あり

年金を受給している場合は、該当年金の番号を○で囲み、支給開始年月日及びその額を記入してください。

年金給付の種類	支給開始年月日	年金額(円)
1. 障害厚生(共済)年金又は老齢厚生(退職共済)年金	年 月 日	
2. 障害基礎年金又は老齢基礎年金	年 月 日	
3. 障害手当金	年 月 日	

令和○年3月19日から、令和○年9月30日まで出勤しなかった期間に対して、次の金額の報酬を支払ったことを証明する。

令和○年3月19日

令和○年8月15日

令和○年8月16日

令和○年8月15日

令和○年8月16日

令和○年9月30日

間 10 割

間 8 割

間 0 割

病気休暇中

有給休暇中

無給休暇中

令和○年10月10日

所属所長 職名 校長

又 は

給与事務担当者 氏名 高知 太郎

証明印が必要です。

長印 中学校

※

(平均)標準報酬月額

円 × 1/22 =

平均標準報酬月額

円 →

円

(10 円未満四捨五入)

(平均)標準報酬日額

円 × 2/3 =

円 →

円

(円未満四捨五入)

給付日額

支給日数

円 ×

日 =

円

今回支給日数(該当日に○印)

9 月 分

22 日

※複数月の請求の場合は記入不要

木曜日	1	8	15	22	29
金	2	9	16	23	30
土	3	10	17	24	31
日	4	11	18	25	
月	5	12	19	26	
火	6	13	20	27	
水	7	14	21	28	

※支給開始日

令和 年 月 日から

※前回支給分

令和 年 月 日まで

※今回支給分

令和 年 月 日まで

※短期掛金

(月分)

円

※介護掛金

(月分)

円

※子ども掛金

(月分)

円

※厚年保険料

(月分)

円

※退職等掛金

(月分)

円

※貸付償還金

(月分)

円

※過払給付金

(月分)

円

※印欄は記入しないでください。

「公的年金受給あり」の場合

所属所受付印

傷病手当金・附加金請求書

所属所
RO.O.O
受付印

組合員等 記号・番号	公立高知 〇〇〇〇〇〇〇〇	枝番 〇〇	組合員氏名	南国 陽子	
所属所名	〇〇中学校		所属所在地	〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇	
資格取得 年月日	昭和 平成 〇年 4月 1日 令和		資格喪失 年月日	令和 年 月 日	
傷病名	〇〇病				
傷病の原因	☒ 公務外 ☐ 公務災害（認定中 手続き中 手続き予定）				
年金について	☐ 公的年金受給なし ☒ 公的年金受給あり（裏面に詳細を記載） ☐ 公的年金受給予定				
発病 年月日	平成 令和 〇年 3月 16日		勤務できなくな った最初の日	令和 〇年 3月 19日	
令和 〇年 9月 1日 から 令和 〇年 9月30日 まで					
※勤務できなかった期間について明記してください。 〇〇病のため、通院により療養中である。 現在も〇〇の状態にあり、就労は困難と認めます。					
請求期間の翌月以降に証明してもらってください。		令和 〇年 10月 7日		証明印が必要です。	
不明な場合は 未記入で構いません。		医療機関名 〇〇病院 医師氏名 福利 三郎		福利 印	
(平均) 標準報酬月額	第〇〇級 〇〇〇〇〇〇 円		請求金額	法定 附加 円	
介護保険法による給 付を受けていた場合	被保険者手帳に記載の保険者番号	被保険者証に記載の被保険者番号	保険者の名称		
同一傷病による障害厚生年金等が支払われた場合には既に受給した傷病手当金等の全部又は一部を返還します。 上記のとおり請求します。 公立学校共済組合高知支部長 様 令和 〇年 〇月 〇日 請求者氏名 南国 陽子 上記のとおり請求がありましたので提出します。 令和 〇年 〇月 〇日 所属所長氏名 高知 太郎					

- ・裏面に所属機関の長または給与事務担当者の証明を受け、出勤簿の写しを添付して提出してください。
- ・年金を受給している場合は、年金額のわかるもの（年金改定通知書、支払通知書、証書等）の写しを添付して提出してください。

裏面あり

年金を受給している場合は、該当年金の番号を○で囲み、支給開始年月日及びその額を記入してください。

年金給付の種類	支給開始年月日	年金額(円)
1. 障害厚生(共済)年金又は老齢厚生(退職共済)年金	令和○年 4月 1日	○○○○○○○○
2. 障害基礎年金又は老齢基礎年金	令和○年 4月 1日	○○○○○○○
3. 障害手当金	年 月 日	

令和 ○ 年 3 月 19日から、令和 ○ 年 9 月 30日まで出勤しなかった期間に対して、次の金額の報酬を支払ったことを証明する。

令和 ○ 年 3 月 19日

令和 ○ 年 8 月 15日

令和 ○ 年 8 月 16日

令和 ○ 年 8 月 15日

令和 ○ 年 8 月 16日

令和 ○ 年 9 月 30日

間 10 割

間 8 割

間 0 割

病気休暇中

有給休暇中

無給休暇中

令和 ○ 年 10 月 10日

所 属 所 長 職 名 校長

又 は

給与事務担当者 氏名 高知 太郎

証明印が必要です。

長印 中学校 ○

※
(平均)標準報酬月額
円 × 1/22 = 円 → 平均標準報酬月額
(10 円未満四捨五入)
(平均)標準報酬日額
円 × 2/3 = 円 → 給付日額
(円未満四捨五入)
給付日額 支給日数
円 × 日 = 円

今回支給日数(該当日に○印) 9 月 分 22 日
※複数月の請求の場合は記入不要
木曜日 1 8 15 22 29
金 2 9 16 23 30
土 3 10 17 24 31
日 4 11 18 25
月 5 12 19 26
火 6 13 20 27
水 7 14 21 28

※支給開始日		※前回支給分		※今回支給分		
令和 年 月 日から		令和 年 月 日まで		令和 年 月 日まで		
※短期掛金	※介護掛金	※子ども掛金	※厚年保険料	※退職等掛金	※貸付償還金	※過払給付金
(月分) 円	(月分) 円	(月分) 円	(月分) 円	(月分) 円	(月分) 円	(月分) 円

※印欄は記入しないでください。