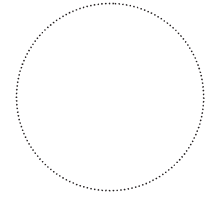


所属所受付印

傷病手当金
 傷病手当金附加金 請求書



組合員番号	組合員氏名		所属所名・コード・電話番号	
	(フリガナ)		所属所名・コード	コード
資格取得日 (採用日)	昭和 平成 令和	年 月 日	資格喪失日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日
年金受給の有無	有 ・ 無 ・ 請求中		年金額 (左欄が「有」の場合)	
報酬等	標準報酬等級	第 級	請求期間に支給 された報酬等の額	円 (内訳は別表のとおり)
	標準報酬月額	円		

請求内容記入欄			
傷病名		左記傷病の初診年月日 (発病又は負傷の日)	昭和 平成 令和 年 月 日
請求期間	年 月 日から 年 月 日まで	勤務できなくなった 最初の日	昭和 平成 令和 年 月 日

医師の 意見欄	傷病名	<input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> 結核性疾患	初診日	
	労務不能と 認められた期間	令和 年 月 日から 日まで (<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 自宅療養)		
	期間中における主たる症状 及び経過			
	症状経過からみて労務不能 と認められた医学的所見			
	上記のとおり相違ありません。		病院の所在地	
令和 年 月 日		病院の名称		
		医師の氏名		Ⓜ
		電話	-	-

上記のとおり請求します。

請求者 郵便番号 -

公立学校共済組合宮崎支部長 殿 住 所

令和 年 月 日 氏 名

電話番号 自宅 - - 携帯 - -

上記の記載事項は、事実と相違ないものとして認め提出します。

令和 年 月 日

住 所

所属所

所属長 職・氏名

支給日数	支給日額	=	決定額	-	年金控除	-	貸付控除	-	掛金控除	=	支給額

※給与支払額証明書(様式集45ページ)を添付してください。