短期給付７号

傷病手当金（同附加金）請求書

所属所名	所属コード	組合員証記号番号	組合員氏名
		公立長野	

標準報酬月額	等級　　級　　円	給付の基礎となる標準報酬月額	（支部記入）　　円
資格取得日	年　月　日	発病日	年　月　日
資格喪失日	年　月　日	勤務できなくなった最初の日	年　月　日
支給開始年月日	年　月　日	口座	給付金登録口座
請求期間	令和　年　月　日　～　令和　年　月　日	給付日数	日
請求金額	円	決定金額	共済使用欄　　円

療養のため勤務できないことに関する医師の証明欄	傷病名		勤務不能と認めた期間	令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで
	症状及び経　過			
	令和　年　月　日	所在地 医療機関名 医師氏名		

年金についての申告欄（〇をする）

障害年金※	受給中　・　請求中　・　請求予定なし	老齢年金※	受給中　・　請求中　・　年齢対象外

※【障害年金】障害厚生年金、障害手当金、障害基礎年金　　【老齢年金】退職共済年金、老齢厚生年金、老齢基礎年金

傷病手当金は、障害年金や老齢年金を受給しているときは、支給されません。ただし、年金額が傷病手当金の額より少ない場合は、その差額を支給します。遡って年金が決定・改定になったり、上記申告に誤りがあり年金を受給していた場合などは、傷病手当金を返納していただくことがあります。また、必要に応じて、年金の額を確認させていただきます。

上記について、　　理解した　　（←〇をする）

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合長野支部長　殿　　請求者　住所

年　月　日　　氏名

【留意事項】

1　請求期間は各月単位とし、翌月以降に請求してください。

2　発病日は、はじめて医師の診察を受けた日を記入してください。

3　勤務できなかった最初の日は、休暇・欠勤を問わず請求書記載の傷病により出勤できなかった最初の日を記入してください。

4　請求金額がわからない場合は空欄としてください。

【添付書類】

1　休職辞令の写し等休暇・欠勤等の状況がわかる書類
（最初に休職に入ってから直近までのすべての辞令等）

2　（休職中に報酬が支給されている場合）該当月の給与明細書

3　（年金受給者のみ）請求日時点の年金額がわかるもの

所属所受付印