

傷病手当金 請求書 【記入例】
傷病手当金附加金

組合員証 記号番号	公立長崎 第 0000000 号	組合員 氏名	共済 太郎	所 属 所 名	〇〇高校
標準報酬の 月 額	第 25 級 360,000 円	資格取得年月日	H〇年 4月 1日	資格喪失年月日	月 日
介護保険法に よる給付を受け ていたとき	保 険 者 番 号	被 保 険 者 番 号	保 険 者 の 名 称		
勤務できなくな った最初の日	R〇年 3月 10日	請求金額	円		
請求期間	R〇年 10月 1日から R〇年 10月 31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	傷 病 名	脳梗塞後遺症 右片麻痺、失語症	発病年月日	年 月 日	
			労務不能と 認めた期間 (証明日以前の月単位)	R〇年 10月 1日から R〇年 10月 31日まで	
	症 状 及 び 経 過				
	現在、起立不能・歩行不能・発語不能の状態で、 リハビリ中。就労は不能である。 住 所 長崎市〇〇町〇ー〇 病 院 名 〇〇病院 令和 〇 年 11月 3日 医師の氏名 〇〇 〇〇 (印)				
年金受給権 の 有 無	☒ 傷病手当金と同一傷病による障害厚生年金、障害基礎年金等※ ¹ の受給権(請求予定)はあ りません。 ☐ 傷病手当金と同一傷病による障害厚生年金、障害基礎年金等※ ¹ を受給中、請求中、もしく は請求する予定です。 (障害厚生年金、障害基礎年金等※ ¹ が支払われた場合には全部もしくは一部を傷病手当金 で調整または、後日返納となります。)				
給 付 金 の 送 金 先	給付金等受取口座 ・ マイナポータル登録の公金受取口座※ ³ (給付金等受取口座と違う場合に限る)				
いずれかを選択 します。 公立学校共済組合長崎支部長 様 令和 〇年 11月 5日 住 所 長崎市〇〇町〇ー〇〇 請 求 者 氏 名 共済 太郎 電話番号(〇〇〇) 〇〇〇ー 〇〇〇〇			休業補償等※ ² 有 無 有 ・ 無 ・ 請求中		
			所 属 所 受 付 年 月 日		
			受付 〇.11.5 〇〇高校		

- ※¹ 退職又は老齢を給付事由とする公的年金、障害手当金も含まれます。(202402)
- ※² 地方公務員災害補償法の規定による通勤による災害に係る休業補償もしくは、傷病補償年金又はこれらに相当する補償
- ※³ マイナンバーカードを作成し、マイナポータルに登録した公金受取口座を指定する場合、給付が通常スケジュールとは異なり遅れての送金となる可能性があります。給付金送金先に〇がない場合は、事前に登録されている給付金等受取口座へ送金いたします。

(傷病手当金請求書の裏面)

令和○年10月 1 日から 令和○年10月31日まで出勤しなかった期間に対して、次の金額の給料を支払ったことを証明する。

令和○年 10月 1日

令和○年 10月 31日

}

間 0 割 0 円

令和 ○年 11月 5日

所 属 所 の 長 職 名 ○○高校

給与事務担当者 氏 名 校長 長崎 咲子

公印

障害厚生年金の額	円	障害厚生年金の支給開始年月	年 月	
障害基礎年金の額	円	障害基礎年金の支給開始年月	年 月	
障害一時金の額	円	障害一時金の支給年月日	年 月 日	
退職又は老齢を給付事由とする年金の額 (上記を除く)	年金名	円	当該年金の支給開始年月	年 月
	年金名	円	当該年金の支給開始年月	年 月
※給料との調整	標準報酬の月額		給付日額	
	$\text{円} \times \frac{1}{22} \times \frac{2}{3} =$		円	
	給付日額	支給日数	給付額	
	円 ×	日 =	円	
	給付額	控除額	給付決定額	
	円 -	円 =	円	
※年金との調整	年金の合計額 (A)			
	$\text{円} \times \frac{1}{264} =$ 円			
	給付日額 (A)	支給日数	給付決定額	
	円 - 円	× 日 =	円	
※障害一時金との調整	退職時の掛金の基礎となった標準報酬の月額 (B)		障害一時金の額 (B) (C)	
	$\text{円} \times \frac{1}{22} \times \frac{2}{3} =$ 円		$\text{円} \div \text{円} =$ 円 (小数点以下の端数を切上げ)	
	支給再開年月日 年 月 日 (退職の日の翌日から、土・日曜日を除いて(C)日数を経過した日)			
	(B) × (C)	障害一時金の額	支給再開年月日における支給額	
	円 -	円 =	円	

(注) 1 在職中の期間分の請求の場合は、所属所の長又は給与事務担当者の証明を受けたうえ、組合に提出してください。

2 療養のため勤務に服することができない期間中に介護保険法による給付を受けたときは、同法の規程による被保険者証による被保険者証に記載されている保険者番号、被保険者番号及び保険者の名称を記入してください。

3 任意継続組合員については、標準報酬の月額欄には掛金の標準となった標準報酬の月額を記入してください。

[参考] ※印欄は記入しないでください。