

- 傷病手当金請求書
 傷病手当金附加金請求書

※提出項目にチェックしてください。
 ※月毎の請求書及び添付書類をご提出ください。

組合員氏名				組合員証等 記号・番号	公立奈良
生年月日	年 月 日			資格取得日	年 月 日
				退職年月日	年 月 日
勤務出来なくなった 最初の日	年 月 日			請求期間	年 月 日 から
					年 月 日 まで
請求期間の 標準報酬月額	第 等級 円			医師の証明	別紙のとおり 傷病手当金・同附加金請求書添付書類
年金等の請求 又は受給状況 (いずれかに○)	傷病手当金と同一傷病による障害事由の年金等の請求予定はありません				※傷病手当金と同一の傷病による障害共済(厚生)年金等を遡って受給した場合は、傷病手当金を速やかに返納していただきます。
	傷病手当金と同一傷病による障害事由の年金等を請求中もしくは請求予定です				
	傷病手当金と同一傷病による障害事由の年金等を受給しています				
	障害共済(厚生)年金	円	左記の支給開始日	年 月 日	
	障害基礎年金	円	左記の支給開始日	年 月 日	
	障害一時金	円	左記の支給開始日	年 月 日	
	退職老齢年金	円	左記の支給開始日	年 月 日	
公務災害等の 規定による休業 補償等の受給状況 (いずれかに○)	傷病手当金と同一傷病による公務災害等の休業補償等の受給はありません				※傷病手当金と同一の傷病による休業補償等が行われる場合は、傷病手当金の支給はありません。
	傷病手当金と同一傷病による公務災害等の休業補償等を受給中もしくは受給予定です				
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合奈良支部長 殿 年 月 日 〒 _____ 住所 _____ 組合員 職名・氏名 _____ (電話番号: _____)					
所属所名(電話)	(_____)				
所属所受付印欄	所属所長確認欄	※共済記入欄			
		決定額	控除額	支給額	
		円	円	円	
	<input type="checkbox"/> 上記内容を 確認しました。 確認日 年 月 日				

【この請求書を提出するとき、次の添付書類が必要です。】

- 傷病手当金・同附加金請求書 添付書類
 休職中の場合 休職辞令の写し 診断書の写し 出勤簿の写し
 初回請求時のみ 特休中と8割休職時の給与明細の写し 試算シート
 報酬を受けている場合 報酬支給証明額 請求月の給与明細書の写し

- 傷病手当金請求書
- 傷病手当金附加金請求書

記入例

※提出項目にチェックしてください。
 ※月毎の請求書及び添付書類をご提出ください。

組合員証に枝番の記載がある場合、
 その番号も記入してください。
 [××××××-××]

組合員氏名	公立 太郎	記号・番号	××××××	
生年月日	昭和 44 年 4 月 4 日	資格取得日	____年 ____月 ____日	
勤務出来なくなった 最初の日	令和 元 年 11 月 1 日	今回の請求期間 ※請求は月毎	____年 ____月 ____日	
		請求期間	令和 3 年 6 月 1 日 から 令和 3 年 6 月 30 日 まで	
	第 23 等級 41000 円	医師の証明	別紙のとおり 傷病手当金・同附加金請求書添付書類	
年金等の請求 又は受給状況 (いずれかに○)	<input type="radio"/> 傷病手当金と同一傷病による障害事由の年金等の請求予定はありません		※傷病手当金と同一の傷病による障害共済(厚生)年金等を遡って受給した場合は、傷病手当金を速やかに返納していただきます。	
	<input type="radio"/> 傷病手当金と同一傷病による障害事由の年金等を請求中もしくは請求予定です			
	<input type="radio"/> 傷病手当金と同一傷病による障害事由の年金等を受給しています			
	障害共済(厚生)年金	円	左記の支給開始日	____年 ____月 ____日
	障害基礎年金	円	左記の支給開始日	____年 ____月 ____日
	障害一時金	円	左記の支給開始日	____年 ____月 ____日
	退職老齢年金	円	左記の支給開始日	____年 ____月 ____日
公務災害等の 規定による休業 補償等の受給状況 (いずれかに○)	<input type="radio"/> 傷病手当金と同一傷病による公務災害等の休業補償等の受給はありません		※傷病手当金と同一の傷病による休業補償等が行われる場合は、傷病手当金の支給はありません。	
	<input type="radio"/> 傷病手当金と同一傷病による公務災害等の休業補償等を受給中もしくは受給予定です			
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合奈良支部長 殿 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 〒 639-△△△△ 住所 奈良県奈良市登大路町〇〇 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 令和 3 年 7 月 5 日 組合員 職名・氏名 公立 太郎 (電話番号: 0742-〇〇-××××) </div>				
所属所名(電話)	奈良野小学校 (0742-00-0000)			
所属所受付印欄	所属所長確認欄	※共済記入欄		
		決定額	控除額	支給額
受付 03.07.05 奈良野小学校	<input checked="" type="checkbox"/> 上記内容を 確認しました。 確認日: 令和 3 年 7 月 5 日	円	円	円

年金を受けていない
 場合も、必ず○をつ
 けてください。

組合員証に枝番の記載がある場合、
 その番号も記入してください。
 [××××××-××]

年金を受給している場合は
 ご記入ください。

【この請求書を提出するとき、次の添付書類が必要です。】
 傷病手当金・同附加金請求書 添付書類
 退職中の場合 退職辞令の写し 診断書の写し 出勤簿の写し
 初回請求時のみ 特休中と8割休職時の給与明細の写し 試算シート
 報酬を受けている場合 報酬支給証明額 請求月の給与明細書の写し

〔傷病手当金・同附加金請求書 添付書類〕

(※傷病手当金請求書及び同附加金請求書に必ず添付してください)

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号
.....
.....

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	発病年月日	勤務できない期間
		年 月 日年.....月.....日から年.....月.....日まで
	(傷病者氏名) は (傷病の詳細記入) のため、勤務に就くことができないことを証明する。 年 月 日 医療機関名 医師氏名		

.....年.....月.....日から.....年.....月.....日まで出勤しなかった期間の給料の支給は
(勤務できなくなった最初の日) (今回請求する月の末日)

次のとおりです。

療養開始年月日 <small>(勤務できなくなった最初の日)</small>年.....月.....日	給料支給割合割
休職発令年月日年.....月.....日	割
年.....月.....日	割

.....年.....月.....日から.....年.....月.....日現在、
(今回請求する月の末日)

在職中で (特別休暇 / 休職(8割) / 無給休職) であることに相違ありません。

所属所長又は給与事務担当者 所属所名
 職名・氏名

※支部記入欄 (記入不要)

<p>【報酬との調整】</p> <p>報酬月額 × 1/22 = 報酬日額 (10円位未満四捨五入)</p> <p>報酬日額 × 2/3 = 報酬日額 (円位未満四捨五入)</p> <p>給付日額 × 支給日数 = 支給額</p> <p>支給額 - 控除額 = 支給決定額</p> <p>【障害共済(厚生)年金との調整】</p> <p>(厚生)年金の額 × 1/264 = 年金日割額</p> <p>支給決定額 × 支給日数 = 控除額</p> <p>【障害一時(手当)金との調整】</p> <p>退職時の標準報酬月額 × 1/22 × 2/3 = 標準報酬日額</p> <p>障害一時(手当)金の額 ÷ 給付日額 = 調整日数 <small>(小数点以下の端数切り上げ)</small></p> <p>支給再開年月日 年 月 日 (退職の日の翌日から土日を除いて調整日数を経過した日)</p> <p>給付日額 × 調整日数 - 障害一時(手当)金の額 = <small>支給再開日における支給額</small></p>	<p>【今回支給日数】</p> <p>支給日数 月分 日</p> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
1	2	3	4	5	6	7																																					
8	9	10	11	12	13	14																																					
15	16	17	18	19	20	21																																					
22	23	24	25	26	27	28																																					
29	30	31																																									

記入例

〔傷病手当金・同附加金請求書 添付書類〕

所属コード	組合員証番号
福利中学校	公立 太郎
550000	123456-0

医師の証明欄

金請求書及び同附加金請求書に必ず添付してください

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	発病年月日	勤務できない期間
くも膜下出血・脳内出血	令和 元 年 11 月 1 日	令和 3 年 6 月 1 日 から 令和 3 年 6 月 30 日 まで
(傷病者氏名) 公立 太郎	(傷病の詳細記入) 左半身に麻痺があり、 現在リハビリテーション中	
のため、勤務に就くことができないことを証明する。 令和 3 年 7 月 3 日		
医療機関名	〇〇市〇〇町 〇〇病院	
医師氏名	勝海舟	

給与に関する証明欄

請求する月の末日以降に
医療機関で証明を受けてください。

令和 元 年 11 月 1 日から 令和 3 年 6 月 30 日まで出勤しなかった期間の給与の支給は
(勤務できなくなった最初の日) (今回請求する月の末日を記入)

次のとおりです。

療養開始年月日 (勤務できなくなった最初の日)	令和 元 年 11 月 1 日	給料支給割合	10 割
休職発令年月日	令和 2 年 5 月 1 日		8 割
	令和 3 年 5 月 1 日		0 割

令和 3 年 5 月 1 日から 令和 3 年 6 月 30 日 現在、
(今回請求する月の末日を記入)

該当するものに○を
つけてください。

在職中 特別休暇 休職(8割) 無給休職 であることに相違ありません。

所属所長又は給与事務担当者 所属所名 〇〇市立福利中学校
職名・氏名 校長 高杉 晋作

※支部記入欄 (記入不要)

【報酬との調整】

報酬月額 × 1/22 = 報酬日額 (10円位未満四捨五入)
報酬日額 × 2/3 = 報酬日額 (円位未満四捨五入)
給付日額 × 支給日数 = 支給額
支給額 - 控除額 = 支給決定額

【今回支給日数】

支給日数
月分 _____ 日

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

【障害共済(厚生)年金との調整】

(厚生)年金の額 × 1/264 = 年金日割額

支給決定額 × 支給日数 = 控除額

【障害一時(手当)金との調整】

退職時の標準報酬月額 × 1/22 × 2/3 = 標準報酬日額

障害一時(手当)金の額 ÷ 給付日額 = 調整日数
(小数点以下の端数切り上げ)

支給再開年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (退職の日の翌日から土日を除いて調整日数を経過した日)

給付日額 × 調整日数 - 障害一時(手当)金の額 = 支給再開日における支給額