

傷病手当金
 傷病手当金附加金

請求書

組 合 員 氏 名				
組 合 員 生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
組合員証の記号及び番号	記号	公立大分	番号	
所 属 所 の 名 称	名称		所 属 コード	
資格を取得した日及び 資格を喪失した日	(取得日) 昭和・平成・令和	年	月	日
傷病名及び発病の日並びに勤 務できなくなった最初の日	(発病の日) 平成・令和	年	月	日
標準報酬の等級及び月額	等級	第	級	月額
傷病手当金の請求期間(※) 【月単位で請求すること】	令和	年	月	日
介護保険被保険者証	保険者番号		被保険者 番号	保険者 の名称

傷病手当金の請求金額 (給付額は、給付日額【B】から調整額(報酬日額等)を控除した額となります。)

標準報酬日額 【標準報酬月額÷22(10円未満四捨五入)】 【A】

給付日額 【A×2/3(円未満四捨五入)】 【B】

療養のため勤務できないことに関する医師の証明	患者氏名		患者 生年月日	
【傷病名】				
【症状及び経過】				
勤務不能と認めた期間	令和	年	月	日
医療機関の名称	令和	年	月	日
医療機関の所在地	医師氏名			㊞

「療養のため勤務できないことに関する医師の証明」は、医師が記入する欄です。

「療養のため勤務できないことに関する医師の証明」は、「傷病手当金の請求期間(※)」の最後の日の翌日以降に証明を受けてください。請求する期間の最後の日では不可となります。

年金受給権の有無についての確認 (該当するもの一つに○をつけること)		傷病手当金と同一傷病による障害共済(厚生)年金、退職共済(老齢厚生)年金等の受給権はありません。			
		傷病手当金と同一傷病による障害共済(厚生)年金、退職共済(老齢厚生)年金等を請求中もしくは請求する予定です。これらの年金が支払われた場合には傷病手当金を速やかに返納します。			
		傷病手当金と同一傷病による障害共済(厚生)年金、退職共済(老齢厚生)年金等を受給しています。 (下の項目に記入すること)			
障害を事由とする年金を受けている場合、その傷病名	【傷病名】				
障害共済(厚生)年金又は退職共済(老齢厚生)年金の額	円	支給開始年月	平成 令和	年	月 日
国民年金法による障害基礎年金、老齢基礎年金の額	円	支給開始年月	平成 令和	年	月 日
障害一時金(障害手当金)の額	円	支給開始年月	平成 令和	年	月 日

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合大分支部長 殿

令和 年 月 日 住 所
氏 名 (印)

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日 所 属 所 の
名称・所在地
所 属 所 長 (印)

【注意事項】

傷病手当金と年金(障害共済(厚生)年金)等を両方受けることはできません。

- 傷病手当金と年金等との調整については、年金等が優先して支給され、傷病手当金が調整されます。
- 年金は請求から決定までに一定の時間を要することから、遡って決定されることが多くあります。
そのため、年金等よりも傷病手当金が先行して支給されることが多く、傷病手当金の過払い分をお返しいただくことがあります。
- 平成27年10月分以後、同一の事由により障害共済(厚生)年金を受けている方や請求中の方は、傷病手当金の請求時にお申し出ください。