

# 傷病手当金・同附加金 請求書

		組合員証 記号番号	公立大分	
所 属 所 名			所属所コード	
組 合 員 氏 名			生年月日	年 月 日
資格を取得した日及び 資格を喪失した日	(取得日)	年 月 日	(喪失日)	年 月 日
傷病等に関すること	傷病名			
	発病の日	年 月 日	勤務できなくなっ た最初の日	年 月 日
年金受給権に 関する確認 (○で囲む)※1	この傷病による 障害厚生年金等を (受給していない ・ 受給しているまたは請求予定)			
	老齢厚生年金等、退職 または老齢を事由と する年金を (受給していない ・ 受給しているまたは請求中)			
公務災害等に 関する確認 (○で囲む)※2	この傷病による 公務災害または通勤 災害の認定を (受けていない ・ 認定請求中または請求予定)			
傷病手当金の請求期間 ※3 【月単位で請求すること】	年 月 日 から		年 月 日 まで	
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	

※1、2 詳しくは裏面下部の記載を確認してください。

※3 下記「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。  
(例：4月30日まで→5月1日以降の日付での請求)

療養のため勤務できないことに関する医師の証明 (医師記入欄)	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	年 月 日 から		年 月 日 まで	
医療機関の名称	令和 年 月 日			
医療機関の所在地	医師氏名 (署名または押印) ㊞			

標準報酬の等級及び月額	等級	第	級	月額	円
傷病手当金の請求金額	給付日額		円	給付額は、給付日額から調整額（報酬等）を控除した額となります。	

年金受給権を有する者は下記を記入

老齢または障害厚生年金等の額	円	支給開始年月	年 月
老齢または障害基礎年金の額	円	支給開始年月	年 月
障害一時金（障害手当金）の額	円	支給開始年月	年 月
障害による年金等である場合、傷病名			

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

年 月 日 住 所

氏 名

請求期間中に支払われた報酬の額	円	請求期間中の報酬額が1円以上の場合、報酬支給額証明書を添付してください。（0円の場合は不要）
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日 所属機関の名称・所在地</p> <p>所属機関の長 <span style="float: right;">印</span></p>		
事務担当者		連絡先

**【年金受給権に関すること】**

同一傷病に基づく障害厚生年金または障害手当金や、老齢・退職を事由とする年金を受給できるときは、傷病手当金（附加金）の額が減額調整されます。（老齢・退職を事由とする年金の場合、減額調整が行われるのは資格喪失後の傷病手当金のみ）

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。

**【公務災害等に関すること】**

公務災害の場合、通勤災害による休業補償等が行われる場合は、傷病手当金は支給されません。傷病手当金受給後に遡って認定された場合、過払い分をお返しいただくことになります。

休業補償等を受給するに至った場合には、実施機関に対して受給状況の確認を行う可能性があります。

## 傷病手当金・同附加金 請求書

組合員証 記号番号	公立大分	123456	
所属所名	〇〇〇小学校	所属所コード	12345
組合員氏名	〇〇〇 △△△	生年月日	昭和40年2月1日
資格を取得した日及び 資格を喪失した日	(取得日) 平成10年4月1日	(喪失日)	年 月 日
傷病等に関すること	傷病名	〇〇×××	
	発病の日	令和3年2月10日	勤務できなくなった 最初の日 令和4年5月1日
年金受給権に 関する確認 (○で囲む)※1	この傷病による 障害厚生年金等を (受給していない・受給しているまたは請求予定)		
	老齢厚生年金等、退職 または老齢を事由と する年金を (受給していない・受給しているまたは請求中)		
公務災害等に 関する確認 (○で囲む)※2	この傷病による 公務災害または通勤 災害の認定を (受けていない・認定請求中または請求予定)		
傷病手当金の請求期間 ※3 【月単位で請求すること】	令和5年4月1日	から	令和5年4月30日 まで
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

※1、2 詳しくは裏面下部の記載を確認してください。

※3 下記「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。  
(例: 4月30日まで→5月1日以降の日付での請求)

療養のため勤務できないことに関する医師の証明 (医師記入欄)	患者氏名	患者 生年月日	
【傷病名】			
【症状及び経過】			
<b>医師に記入を依頼してください</b>			
勤務不能と認めた期間		から	まで
医療機関の名称	令和	年	月 日
医療機関の所在地	医師氏名		印
	(署名または押印)		

標準報酬の等級及び月額	等級	第 <b>17</b> 級	月額	<b>200,000</b> 円
傷病手当金の請求金額	給付日額	<b>6,060</b> 円	給付額は、給付日額から調整額（報酬等）を控除した額となります。	

年金受給権を有する者は下記を記入

老齢または障害厚生年金等の額	<b>500,000</b> 円	支給開始年月	<b>令和5年4月</b>
老齢または障害基礎年金の額	<b>795,000</b> 円	支給開始年月	<b>令和5年4月</b>
障害一時金（障害手当金）の額		支給開始年月	
障害による年金等である場合、傷病名	<b>〇〇×××</b>		

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5年5月8日** 住 所 **大分県大分市府内町3-10-1**

氏 名 **〇〇〇 △△△**

請求期間中に支払われた報酬の額	<b>50,000</b> 円	請求期間中の報酬額が1円以上の場合、報酬支給額証明書を添付してください。（0円の場合は不要）
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。	所属機関の名称・所在地	<b>〇〇市△△1番地 〇〇〇小学校</b>
	所属機関の長	<b>校長 福利 厚生</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">印</span>
事務担当者	<b>△△△ □□□</b>	連絡先 <b>000-111-2222</b>

**【年金受給権に関すること】**

□同一傷病に基づく障害厚生年金または障害手当金や、老齢・退職を事由とする年金を受給できるときは、傷病手当金(附加金)の額が減額調整されます。(老齢・退職を事由とする年金の場合、減額調整が行われるのは資格喪失後の傷病手当金のみ)

□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。

**【公務災害等に関すること】**

□公務災害の場合、通勤災害による休業補償等が行われる場合は、傷病手当金は支給されません。傷病手当金受給後に遡って認定された場合、過払い分をお返しいただくことになります。

□休業補償等を受給するに至った場合には、実施機関に対して受給状況の確認を行う可能性があります。