

傷病手当金・同附加金 請求書

		組合員等 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 (受給していない ・ 受給しているまたは請求中) する年金を					
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 (受けていない ・ 認定請求中または請求予定) 災害の認定を					
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

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）
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 所 属 機 関 の 名 称 ・ 所 在 地 所属機関の長		
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

組合員等 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取
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】				
医師に記入を依頼してください				
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 (署名または押印) ㊞			

標準報酬の等級及び月額	等級	第 17 級	月額	200,000 円
傷病手当金の請求金額	給付日額	6,060 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	500,000 円	支給開始年月	令和5年4月
老齢または障害基礎年金の額	795,000 円	支給開始年月	令和5年4月
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	〇〇×××		

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	50,000 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。

令和5年5月9日 所 属 機 関 の 名 称 ・ 所 在 地 **〇〇市△△1番地 〇〇〇小学校**

所属機関の長 **校長 福利 厚生** 印

事務担当者	△△△ □□□	連絡先	000-111-2222
-------	----------------	-----	---------------------

【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。