

傷病手当金
傷病手当金附加金

請求書

決定額	※ 傷病手当金	※ 傷病手当金附加金
	円	円

組合員等記号・番号	公立阪								所属所名 ※兼務校も全て記載 ください。	
職名									資格喪失年月日	
フリガナ									令和 年 月 日	
組合員氏名									標準報酬の月額	
勤務(労務)できなくな った最初の日	令和 年 月 日								傷病の原因	
									公務外	
									公務災害 申請中・申請予定	
									第三者行為 求償中・求償予定	
障害年金受給権 の有無 についての確認	<input type="checkbox"/> 傷病手当金と同一傷病による障害共済(厚生)年金の受給権(請求予定)はありません。 <input type="checkbox"/> 傷病手当金と同一傷病による障害共済(厚生)年金を請求中もしくは請求する予定です。 ※いずれかにチェックを入れてください。(傷病手当金は年金と調整されます。)									
障害厚生(共済)年金					障害基礎年金					
支給開始年月 平成・令和 年 月 日					支給開始年月 平成・令和 年 月 日					
老齢厚生(退職共済)年金					障害一時金(障害手当金)					
支給開始年月 平成・令和 年 月 日					支給開始年月 平成・令和 年 月 日					
請求期間 (暦月単位)	令和 年 月 日				から	令和 年 月 日				まで
上記請求期間についての医師の証明					証明日	令和 年 月 日				
傷病名					(所見)					
発病年月日	平成・令和	年	月	日						
初診年月日	平成・令和	年	月	日	医療機関 電話					
勤務(労務)不能 と認めた期間	令和	年	月	日から	所在地					
	令和	年	月	日まで	名称					
					医師氏名	㊞				
上記のとおり請求します。								請求金額	円	
公立学校共済組合大阪支部長 様								電話		
令和 年 月 日								郵便番号 _____		
請求者								住所 _____		
								フリガナ _____		
								氏名 _____		
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。								電話		
令和 年 月 日								郵便番号 _____		
所在地										
所属所名										
所属所長 職名										
氏名								所属所 受付印 <small>※受付印がない場合は 公印を押印してください。</small>		

- 必ず太枠内に医師の証明を受けてください。
- 裏面に所属所長又は給与事務担当者の証明を受けたうえ、共済組合に提出してください。
- 請求書は暦月単位で作成してください。
- 傷病の原因欄で公務災害又は第三者行為に○をされた場合は、公務災害の申請又は加害者への求償の状況を○で囲んでください。
- 障害厚生(共済)年金よりも傷病手当金が先行して支給されることが多く、障害厚生(共済)年金は、請求して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。その場合、傷病手当金の過払い分をお返しいただく必要があります。
- 添付書類
 - 請求月の月末まで処理済の「出勤簿」の写し【兼務校分を含む】
 - 請求月の「給与支給明細書」の写し(給与支給明細書が発行されない場合は不要です。)【兼務校分を含む】
※請求月の給与支給において給与が調整されず、翌月以降の調整となった場合は、調整した月の給与支給明細書もしくは戻入・追給額がわかる書類が必要です。
 - 「年金証書」の写し(年金等受給者のみ。年金額が改定されたときは、そのつど提出してください。)
 - 退職後に加入した医療保険証の写し(退職後に請求する場合のみ。)

記入例

傷病手当金
傷病手当金附加金

請求書

決定額	※ 傷病手当金	※ 傷病手当金附加金
	円	円

組合員等記号・番号	公立阪	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	所属所名 ※兼務校も全て記載 ください。	大阪市立〇〇小学校 大阪市立△△小学校
職名	非常勤講師											資格喪失年月日	令和 年 月 日
フリガナ	コウリツ タロウ											標準報酬の月額	240,000 円
組合員氏名	公立 太郎											傷病の原因	<input type="radio"/> 公務外 <input type="radio"/> 公務災害 申請中・申請予定 <input type="radio"/> 第三者行為 求償中・求償予定
勤務(労務)できなくなった最初の日	令和 4 年 10 月 1 日											右のいずれかに 〔〇をつけてください〕	
障害年金受給権の有無 についての確認	<input checked="" type="checkbox"/> 傷病手当金と同一傷病による障害共済(厚生)年金の受給権(請求予定)はありません。 <input type="checkbox"/> 傷病手当金と同一傷病による障害共済(厚生)年金を請求中もしくは請求する予定です。 ※いずれかにチェックを入れてください。(傷病手当金は年金と調整されます。)												
障害厚生(共済)年金						障害基礎年金							
支給開始年月 平成・令和 年 月 日						支給開始年月 平成・令和 年 月 日							
老齢厚生(退職共済)年金						障害一時金(障害手当金)							
支給開始年月 平成・令和 年 月 日						支給開始年月 平成・令和 年 月 日							
請求期間 (暦月単位)	令和 4 年 10 月 6 日 から 令和 4 年 10 月 31 日 まで												

上記請求期間についての医師の証明		証明日	令和 4 年 11 月 3 日
傷病名	脳出血	(所見)	引き続き、入院加療の必要を認める。
発病年月日	平成・令和 年 不詳 月 日	医療機関 電話	072-123-XXXX
初診年月日	平成・令和 30 年 5 月 1 日	所在地	〒540-9012 大阪市中央区共済町△△-×
勤務(労務)不能と認めた期間	令和 4 年 10 月 1 日から 令和 4 年 10 月 31 日まで	名称	〇〇病院
		医師氏名	近畿 三郎

上記のとおり請求します。	請求金額	空欄で結構です。
公立学校共済組合大阪支部長 様	電話	06-1234-XXXX
令和 4 年 11 月 3 日	郵便番号	540-1234
請求者	住所	大阪市中央区〇〇町△△-×
フリガナ	フリガナ	コウリツ タロウ
氏名	氏名	公立 太郎

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。	電話	06-6578-XXXX
令和 4 年 11 月 7 日	郵便番号	540-5678
所在地	大阪市中央区大手前△△-×	
所属所名	大阪市立〇〇小学校	
所属所長 職名	校長 共済 一郎	
氏名		

- 必ず太枠内に医師の証明を受けてください。
- 裏面に所
- 請求書は
- 傷病の原
- 障害厚生を要する
- 添付書類

勤務状況例						
月	火	水	木	金	土	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						

医師の証明: 10月1日~10月31日
要勤務日: 月、火、木、金(出勤した日は数字に○)

初めて傷病により欠勤した日(医師の証明要)から3日を待機期間とし、その次の日から支給開始となるため、支給開始日は10月6日となる。
この場合は、数字が赤字になっている日について支給可能となる。(計15日)

医師の証明日は勤務(労務)不能と認めた期間以後



記入例

報酬支給証明 < 非常勤職員(フルタイム除く) ・ 再任用短時間 >

組合員等記号・番号	公立阪	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	組合員氏名	公立 太郎
所属所名	大阪市立〇〇小学校											請求月	令和 4 年 10 月分

★ 病気休暇等の取得状況を記入してください(傷病手当金の支給開始日の確認のために必要です)。

病 気 休 暇 (__ 割 支 給) 令 和 年 月 日 ~ 令 和 年 月 日

休 職 期 間 (__ 割 支 給) 令 和 年 月 日 ~ 令 和 年 月 日

★ この請求書で請求する月について証明をしてください。

・ 要勤務日(週 <u>4</u> 日勤務)	<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日
・ 基本給の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input checked="" type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 固定給 <input checked="" type="checkbox"/> 実績給
・ 給与支給日(締日 <u>月末</u> 日)	<input type="checkbox"/> 当月 <input checked="" type="checkbox"/> 翌月 <u>10</u> 日
・ 兼務の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり(大阪市立△△小学校 との2校) <input type="checkbox"/> なし

	単価	支給額
基本給 (月曜:5時間)	5 0 0 0 円	5 0 0 0 円
通勤手当(日額単価)	2 0 0 0 円	6 0 0 0 円
通勤手当(月額単価)	円	円
基本給 (火木金:6時間)	6 0 0 0 円	1 2 0 0 0 円
合計		2 3 0 0 0 円

備考欄

大阪市立△△小学校 分は別途証明。月曜とその他曜日で勤務時間が異なるため、別で記載(給与明細は2枚になっているため、両方添付しています)。

上記とおり証明します。

令和 4 年 11 月 7 日

所属所で証明が困難な場合は、給与支給機関で証明ください。

所属機関(所属所)の長 職 名 大阪市教育委員会 給与担当

または

給 与 事 務 担 当 者 氏 名 大阪 次郎

※ 所属機関(所属所)の長、または給与事務担当者により必ず証明してください。組合員が兼務をしている場合は、各勤務先について1枚ずつ証明してください。