

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	
職 名															資格取得年月日	昭・平・令和 年 月 日			
フリガナ															資格喪失年月日	令和 年 月 日			
組合員氏名															標準報酬の月額	円			
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			
															右のいずれかに〔○をつけてください〕	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	☐ 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。 ☐ 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														医療機関 電話 所 在 地 名 称 医師氏名 ㊞				
初 診 年 月 日	平成・令和 年 月 日																		
勤務(労務)不能と認めた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで																		
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				

※受付印がない場合は
公印を押印してください。

- 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 ①請求月の月末まで処理済の「出勤簿」の写し
②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。
※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。
③「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。)
④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。)

報 酬 支 給 証 明

組合員等記号・番号

公立阪

組合員氏名

★ 傷病手当金の支給開始日の確認のために必要ですので必ず記入してください。

病 気 休 暇（10割支給） 平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日

病 気 休 暇（5割支給） 平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日

休 職 期 間（8割支給） 平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日

休 職 期 間（無 給） 平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日

復 職 日 平・令 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。

証明する月の途中で報酬の支給割合が変わった場合は、その割合ごとに記入してください。

令和 年 月 日 } 間 割
令和 年 月 日 }令和 年 月 日 } 間 割
令和 年 月 日 }令和 年 月 日 } 間 割
令和 年 月 日 }令和 年 月 日 } 間 割
令和 年 月 日 }

半減しない休日等（祝日等報酬が10割支給される日） 日

報酬の支給について、☐ 請求月の給与支給において調整されています。☐ 請求月の給与支給において調整されず、翌月以降の支給で調整します。☐ 請求月の給与支給において調整されず、戻入もしくは追給となります。※いずれかにチェックを入れてください。

上記とおり証明します。

令和 年 月 日

所 属 所 長 職 名

または

給与事務担当者 氏 名

※ 所属所長、または給与事務担当者により必ず証明してください。

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 大阪市立〇〇小学校
職 名	教諭	資格取得年月日 昭・平 令 27 年 4 月 1 日
フリガナ	コウリツ タロウ	資格喪失年月日 令和 年 月 日
組合員氏名	公立 太郎	標準報酬の月額 300,000 円
勤務(労務)できなくなった最初の日	令和 3 年 4 月 1 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	☒ 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。 ☐ 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 9 月 1 日 から 令和 4 年 9 月 30 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 10 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	
初 診 年 月 日	平成・令和 30 年 5 月 1 日	医療機関 電話 072-123-XXXX
勤務(労務)不能と認めた期間	令和 4 年 9 月 1 日から 令和 4 年 9 月 30 日まで	所在地 〒540-9012 大阪市中央区共済町△△-×
		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 10 月 3 日		郵便番号 540-1234
請求者 フリガナ コウリツ タロウ		住所 大阪市中央区〇〇町△△-×
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 10 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		

医師の証明日は勤務(労務)不能と認めた期間以後

大阪市立
〇〇小学校
受 付R4.10.7
受付印※受付印がない場合は
公印を押印してください。

- 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い、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 ①請求月の月末まで処理済の「出勤簿」の写し
②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。)
※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。
③「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。)
④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

報酬支給証明														
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	
★ 傷病手当金の支給開始日の確認のために必要ですので必ず記入してください。 病 気 休 暇（10割支給） 平^令3年 4月 1日 ～ 平^令3年 6月 29日 病 気 休 暇（5割支給） 平・令 年 月 日 ～ 平・令 年 月 日 休 職 期 間（8割支給） 平^令3年 6月 30日 ～ 平^令4年 6月 29日 休 職 期 間（無給） 平^令4年 6月 30日 ～ 平・令 年 月 日 復 職 日 平・令 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。 証明する月の途中で報酬の支給割合が変わった場合は、その割合ごとに記入してください。 令和 4年 9月 1日 } 間 0 割 令和 4年 9月 30日 } 令和 年 月 日 } 間 割 令和 年 月 日 } 令和 年 月 日 } 間 割 令和 年 月 日 } 令和 年 月 日 } 間 割 令和 年 月 日 } 6月分の請求書の場合の記入例 令和 4年 6月 1日 } 間 8 割 令和 4年 6月 29日 } 令和 4年 6月 30日 } 間 0 割 令和 4年 6月 30日 } 半減しない休日等（祝日等報酬が10割支給される日） 日 報酬の支給について、☒ 請求月の給与支給において調整されています。 ☐ 請求月の給与支給において調整されず、翌月以降の支給で調整します。 ☐ 請求月の給与支給において調整されず、戻入もしくは追給となります。 <u>※いずれかにチェックを入れてください。</u> 上記とおり証明します。 令和 4年 10月 7日 所 属 所 長 職 名 大阪市立〇〇小学校長 または 給与事務担当者 氏 名 共済 一郎 ※ 所属所長、または給与事務担当者により必ず証明してください。														