

# 傷病手当金請求書

( 退 職 者 用 )

(共) 支部様式第 4 号

組合員氏名
職員番号

決定額	円
-----	---

組合員	組合員氏名	(職 名 )	標準報酬月額	第 級 円
	資格取得日 年 月 日	年 月 日	請求期間	令和 年 月 日 から
	資格喪失日 年 月 日	令和 年 月 日		令和 年 月 日 まで
療養に関する こと	傷 病 名	給付日数		日
	発病年月日	年 月 日	請求金額	円
	勤務できなくなった 最初の日	年 月 日		

介護保険に関すること

保険者番号		被保険者番号		保険者の名称	
-------	--	--------	--	--------	--

年金との併給調整に関すること

障害厚生年金	年 額	円	障 害 一 時 金	年 額	円
	支給開始年月	年 月		支 給 年 月	年 月
障害基礎年金	年 額	円	退職・老齢年金	年 額	円
	支給開始年月	年 月		支給開始年月	年 月

上記のとおり請求します

公立学校共済組合佐賀支部長 様

令和 年 月 日 請求者 住所  
氏名 ⑩  
自宅電話番号 ( ) —

1. 医師の証明を受けたうえで提出してください。
2.  欄は記入しないでください。

(裏)

療養のため「労務に服することができない」ことに関する医師の証明

傷病名	発病年月日	労務不能と認めた期間
	年 月 日	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで

1. 病状及び経過について（具体的に詳しく記入してください）  
（傷病名が変更になった場合は前傷病名との因果関係の有無を記入）

2. 主な検査成績及び手術名とその施行月日

令和 年 月 日

医師 { 住 所  
医療機関名  
氏 名

㊞