

傷病手当金等請求書

(共) 支部様式第 4 号

(互) 様式第 5 号

傷病手当金
傷病手当金附加金
(互) 休業手当金

所 属 事務担当者印	所 属 名				
	所 属 コー ド				
㊟	〇〇〇高校				
	0	1	2	3	4 5

組 合 員 氏 名						
職 員 番 号						
佐 賀 美 子						
1	1	1	1	1	1	1

決 定 額	法定給付	円
	附加給付	円
	計	円
	互助会給付	円

組 合 員	組 合 員 氏 名	(職 名 教 諭) 佐 賀 美 子	標準報酬月額	第 19 級 320,000 円			
	資格取得 年月日	昭和 平成 10 年 4 月 1 日	請 求 期 間	平成 30 年 8 月 14 日 から 平成 30 年 8 月 31 日 まで			
	資格喪失 年月日	平成 年 月 日		法定給付 日数	日	附加給付 日数	日
療 養 に 関 す る こ と	傷病名	うつ病	請 求 金 額	傷 病 手 当 金 円			
	発病年月日	平成 25 年 4 月 日		同 附 加 金 円			
	勤務できなくなった最初の日	平成 29 年 8 月 14 日		(互)休業手当金 円			
年金との併給調整に関する事			介護保険に 関する事	保険者番号			
障害厚生年金	年額	円		被保険者番号			
	支給開始年月	年 月	保険者の名称				
障害基礎年金	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

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
(一財)佐賀県教職員互助会理事長 様

平成 〇〇 年 〇 月 〇 日 請求者

住所 佐賀市駅前中央〇-〇〇

氏名 佐賀 美子 ㊟

自宅電話番号(〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます

平成 〇〇 年 〇 月 〇 日 所属長

職名 〇〇〇高等学校長

氏名 鳥栖 太郎

所属電話番号(〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇

職印

1. 医師の証明を受けたうえで提出してください。
2. 辞令の写し(原本と相違ない旨の奥書証明のあるもの)及び「報酬支給額証明書」を添付してください。
初回請求時は上記に加えて「休職期間等証明書」を添付してください。
3. 欄は記入しないでください。

(裏)

傷病名	発病年月日	勤務（労務）不能と認めた期間
うつ病	平成 25 年 4 月 日	平成 30 年 8 月 14 日から 平成 30 年 8 月 31 日まで
療養のため 勤務（労務） できないこ とに関する 医師の証明	(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)	
	<p style="text-align: right;">↑ 請求期間に合わせてもらう</p> <p style="text-align: center;">請求期間末日の翌日以降に 証明してもらう</p> <p style="text-align: center;">↓ 平成 30 年 9 月 2 日</p> <hr/> <p style="text-align: center;">医師 { 住 所 佐賀市南佐賀〇丁目〇〇-〇〇 医療機関名 〇〇病院 氏 名 公立 一郎 (印)</p>	