

# 傷病手当金請求書

( 退 職 者 用 )

組合員氏名						
職員番号						
佐賀 美子						
1	1	1	1	1	1	1

決定額	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 60 年 4 月 1 日 平成	請求期間	平成 30 年 4 月 1 日 から 平成 30 年 4 月 30 日 まで
	資格喪失年月日	平成 30 年 4 月 1 日 旧所属所 ( ○○○学校 )		
療養に関する こと	傷病名	○○病	給付日数	日
	発病年月日	平成 25 年 4 月 日	請求金額	円
	勤務できなくなった最初の日	平成 29 年 8 月 14 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

平成 30 年 5 月 4 日 請求者

住所 佐賀市駅前中央〇-〇〇

氏名 佐賀 美子 (印)

自宅電話番号 (〇〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇

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
〇〇病	平成 25 年 4 月 日	平成 30 年 4 月 1 日から 平成 30 年 4 月 30 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）		
↑ 請求期間に合わせてもらう		
2. 主な検査成績及び手術名とその施行月日		
平成 30 年 5 月 2 日 ← 請求期間末日の翌日以降に 証明してもらう		
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)