

記入例

(共) 支部様式第 4 号

傷病手当金請求書 (退職者用)

組合員氏名							決定額	円
職員番号								
佐賀 美子								
1	2	3	4	5	6	7		
組合員	組合員氏名	(職名 教諭) 佐賀 美子			標準報酬月額	第 18 級 300,000円		
	資格取得年月日	昭和60年 4 月 1 日			請求期間	令和 3 年 4 月 1 日 から		
	資格喪失年月日	令和 3 年 4 月 1 日 旧所属所 (〇〇小学校)				令和 3 年 4 月 30 日 まで		
療養に関する こと	傷病名	〇〇〇病			給付日数	日		
	発病年月日	平成 28 年 4 月 日			請求金額	円		
	勤務できなくなった 最初の日	平成 30 年 8 月 14 日						
保険者番号	「勤務できなくなった最初の日は、年休、病休を初めて取った日になります」			保険者の名称				
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 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				

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
〇〇〇病	平成 28 年 4 月 日	令和 3 年 4 月 1日から 令和 3 年 4 月 30日まで

(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。また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等詳しくご記入ください。)

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

請求期間末日の翌日以降に
証明してもらう

令和 3 年 5 月 6 日

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