

傷病手当金請求書

(退 職 者 用)

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 令和 年 月 日 まで	
	資格喪失日 年 月 日	令和 年 月 日 旧所属所 ()		
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

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
		令和 年 月 日から 令和 年 月 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。)

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