

# 傷病手当金等請求書

(共) 支部様式第 4 号

(五) 様式第 5 号

傷病手当金  
傷病手当金附加金  
(五) 休業手当金

所 属 事務担当者	所 属 名 所属コード

組 合 員 氏 名
職 員 番 号

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 )	標準報酬月額		第 級 円	
	資格取得 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 年月日	令和 年 月 日		法定給付 日数	日	附加給付 日数
療 養 に 関 す る 事 件	傷病名		請 求 金 額	傷 病 手 当 金		円
	発病年月日	年 月 日		同 附 加 金		円
	勤務できなくな った最初の日	年 月 日		(五)休業手当金		円
年金との併給調整に関する事			介護保険に 関すること	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 令和 年 月 日 請求者 住所 氏名 自宅電話番号 ( ) -						
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます 令和 年 月 日 所属長 職名 氏名 所属電話番号 ( ) -						

1. 医師の証明を受けたうえで提出してください。
2. 辞令の写し及び「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			
			年 月 日	令和 年 月 日から	令和 年 月 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。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。)					
	令和 年 月 日  医師 { 住 所 医療機関名 氏 名					