

傷病手当金・同附加金 請求書

所属所名										電話 ()				
組合員 職名		氏名		組合員証番号						(枝番)	0	0		
資格取得日	昭和 平成 令和	年	月	日	請求期間		年 月 日から							
資格喪失日	昭和 平成 令和	年	月	日			年 月 日まで							
勤務できなくなった最初の日	昭和 平成 令和	年	月	日	年金等について	*年金等を受給している場合は下記に記入してください。								
傷病手当金の算定の基礎となる平均標準報酬月額 ¥				障害共済(厚生)年金又は 退職共済(老齢厚生)年金の額		円	年	月	支給開始 改定					
				障害基礎年金又は 老齢基礎年金の額		円	年	月	支給開始 改定					
				障害一時金 (障害手当金)の額	円	年	月	日支給						
介護保険 被保険者証	保険者番号			被保険者番号			保険者の名称							

●太線枠内は記入しないでください。

療養のため勤務できないことに関する医師の証明	[患者氏名]	年	月	日生
傷病名	症状及び経過 (初診日 年 月 日)				
勤務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで				
医療機関の名称及び所在地					年 月 日
電話	医師氏名				

上記のとおり請求します。				
公立学校共済組合東京支部長 殿	請求者			住所
年 月 日	氏名			
請求期間中に支払われた報酬の額 (所属所で記入)	円	→請求期間中の報酬額が1円以上の場合、報酬支給額証明書を添付してください。(0円の場合不要)		事務取扱者氏名
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。				共済組合受付
年 月 日	職名	氏名 (公印省略)		
所属所長				
労務不能日	年 月 日	休職開始日	年 月 日	
支給開始日	年 月 日	給付区分	法定	附加
給付日数	日間	控除金額	@	円
給付決定金額	円 (@ × 日)			

[注意事項]

- 月単位で請求してください。
- 「療養のため勤務できないことに関する医師の証明」は、請求する期間の最後の日の翌日以降に証明を受けてください。
請求する期間の最後の日では不可となります。
- 「療養のため勤務できないことに関する医師の証明」欄は医師が記入する欄となります。
訂正を必要とする場合は、二重線で訂正の上、医師の訂正印が必要となります。
- 年金を受給している方は、傷病手当金との調整が必要になりますので、必ず記入してください。
年金を受給しているにも関わらず、正確に申告しなかった場合、併給した分を遡って一括返還していただきます。
年金を受給している方は、年金額や改定履歴が記載されている証書や通知の写しを添付してください。

提出先 公立学校共済組合東京支部給付貸付課短期給付担当

(令和3年4月)