

傷病手当金・同附加金 請求書

所属所名 〇〇区立〇〇小学校 電話 03 (5320) 6827										
組合員職名	教諭	氏名	東京 一郎		組合員証番号	0 8 7 6 5 4 3 2	(枝番)	0 0		
資格取得日	昭和44年4月1日	請求期間			令和3年3月1日 から					
資格喪失日					令和3年3月31日 まで					
勤務できなくなった最初の日	昭和30年11月4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 ¥ 340,000			障害共済(厚生)年金又は退職共済(老齢厚生)年金の額	1,017,500 円	令和2年4月	支給開始		改定		
			障害基礎年金又は老齢基礎年金の額	770,900 円	令和2年4月	支給開始		改定		
			障害一時金(障害手当金)の額			年月日支給				
介護保険	保険者番号		被保険者番号		保険者の名称					
医療機関で記入する欄 (本人・所属所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 東京 一郎] 昭和43年5月15日 生						
傷病名	症状及び経過 (初診日 平成30年11月1日)		請求期間と一致させてください。							
〇〇〇〇〇〇	〇〇〇・・・のため、勤務不能であった。									
勤務不能と認められた期間	令和3年3月1日 から 令和3年3月31日 まで									
医療機関の名称及び所在地	〇〇区〇〇〇1-1-1		令和3年4月1日							
電話	〇〇病院		医師氏名		新宿 次郎					
電話		03-〇〇〇〇-〇〇〇〇		請求期間の 末日の翌日以降 (末日は不可)						
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 〇〇区〇〇〇2-2-2							
令和3年4月1日	氏名 東京 一郎									
請求期間中に支払われた報酬の額(所属所で記入)	0		請求期間中の報酬額が1円以上の場合 報酬支給額証				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。		請求期間中に報酬が支給される場合、給与明細をもとに金額を記入し、別様式の報酬支給額証明書作成し、添付する。		私立 花子						
令和3年4月4日	職名 〇〇区立〇〇小学校長		共済組合受付							
本人の請求日と同日か翌日以降		氏名 公立 次郎 (公印省略)								
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)					

●太線枠内は記入しないでください。

- [注意事項]
- 1 月単位で請求してください。
 - 2 「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。
 - 3 「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。
 - 4 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。