

## 傷病手当金・同附加金 請求書

組合員記入欄	所属所名												
	組合員 職名		氏名		組合員証番号							(枝番)	00
	資格取得日	昭和 平成 令和	年	月	日	請求期間	令和 年 月 日から						
	資格喪失日	令和	年	月	日		令和 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								
公務災害について		<input type="checkbox"/> 公務災害の申請中または、申請予定である。(申請予定、申請中の場合は必ず✓を付けてください。)											
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。

医療機関記入欄	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 た期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで							
	医療機関の名称及び所在地			令和 年 月 日					
電話			医師署名						

組合員署名	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	住所			請求者			署名			(自署)
所属所記入欄	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 なお、原本の写しを添付した書類については、原本と相違ないことを確認しています。										
	令和 年 月 日	事務取扱者氏名									
	部署名(所属所と同一の場合不要)										
	令和 年 月 日	電話									
所属所長		所属所名		職氏名 (公印省略)						共済組合受付	
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)										

[チェックリスト]	チェック欄	
	組合員	所属所
必要事項はすべて記入されているか。		
請求期間は月単位となっているか。(月をまたぐ場合は請求書を月ごとに分けて提出してください。)		
「療養のため勤務できないことに関する医師の証明」の日付は、請求する期間の最後の日の翌日以降になっているか。		
※請求する期間の最後の日では不可。(令和6年1月31日までの請求をする場合、医師の証明の日付は令和6年2月1日以降)		
組合員署名欄は自署か。(コピー等になってはいないか)		
医師の証明日≤組合員署名日≤所属所証明日となっているか。		
添付書類(報酬支給額証明書等)は添付されているか。		
年金等を受給している場合、年金額を記入しているか。		
また、年金を受給している場合、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あるか。		
※年金等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。		

※必ずチェックリストの事項を確認し、チェック欄に✓を入れて提出してください。

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6年1月)